株式会社電算　行き

健保使用欄			
常務理事	事務長	係長	担当

２０２３年度

インフルエンザ予防接種補助金請求書

申請期間　２０２３年１０月１日～**２０２４年２月１３日（㈱電算 必着）**
接種期間　２０２３年１０月１日～２０２４年１月３１日

被保険者	保険証記号・番号		氏　名	事業所名および部署名	
	記号	番号	印	事業所名	部署名
	住所	〒 電話（　　）　－			

被扶養者	氏　名	生年月日 対象1歳～小学6年生 (2011.4.2～2023.1.31生迄)	性別	医療機関名	接種日 ２回接種の場合は１回分のみ補助	接種金額 （１回分の金額）
		年　月　日	男・女		年　月　日	円
		年　月　日	男・女		年　月　日	円
		年　月　日	男・女		年　月　日	円
		年　月　日	男・女		年　月　日	円

請求書 郵送先

株式会社電算 名古屋支店

TEL：052-251-6170
FAX：052-251-6172
住所：〒460-0011
愛知県名古屋市中区大須3-30-40 万松寺ビル10F

【振込予定日】 ２０２４年３月２２日(金)

【振　込　先】 給与口座　または　会社指定口座　へ振込みます。
※会社指定口座がない方は健保までお問合せください。

注意事項

① 提出頂いた書類について**㈱電算より【 TEL 080-4898-4091 】の番号から**
お電話させて頂く場合がありますので予めご了承ください。
② この請求書に医療機関発行の**インフルエンザ予防接種と明記された領収書**
又は明細書の原本を必ず添付して、提出してください。
※添付がない場合は補助できません
③「接種補助券（又は補助金申請書」を使用しての重複補助は致しません。
重複していた場合は、健保補助額を返金して頂きます。
④ 資格喪失や、対象者以外の方が請求された場合は補助しません。

健保受付印

ここに医療機関の領収書の原本を添付し提出

レシートでも構いませんが、その場合は
接種者名・医療機関名が記載されている
ものを添付してください。