

インフルエンザ予防接種費用補助金請求書  
(令和4年度)

常務理事	事務長	担当

被保険者証 の記号番号	記号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	申請日	令和 年 月 日
	番号							
被保険者 氏名	フリガナ		被保険者 住所	〒				
				電話 ( )				

接種者氏名	続柄	接種日	支払った費用	【記入しないで下さい】	
		令和 年 月 日	円		円
		令和 年 月 日	円		円
		令和 年 月 日	円		円
		令和 年 月 日	円		円
		合計額	円		円

振 込 先	銀行	本店	預金 種別	普通 当座
	信金	支店 出張所		
口座 番号	口座 名義	フリガナ		

\*被保険者名義の口座をご記入ください

【注意事項】

- 補助金支給対象となる予防接種期間  
**令和4年10月1日から令和5年2月28日まで。**
- 補助金の対象者  
接種日にアボット健康保険組合の被保険者および被扶養者の資格を有する方。
- 補助金限度額  
**1人につき3,500円(消費税込) ※当該年度の接種期間内1回限り(12歳以下を除く)**
  - 13歳以上の方は医師の判断等で2回接種される場合でも、いずれかの接種分についての請求となります。  
(合算しての請求はできません)
  - 12歳以下のお子様は2回接種した場合は合算請求(上限3,500円)することができます。  
(支払った費用は合算して記入、接種日は2回分の日を記入して2回分まとめてご請求下さい)
  - 他の制度(市区町村助成等)により補助を受けることができる場合は、その補助制度が優先になります。
  - 支払った金額が補助金限度額に満たない場合は、実費分の支給となります。
- 申請方法  
次の(1)、(2)を当健康保険組合に郵送にてご提出下さい。  
(1)インフルエンザ補助金請求書  
(2)接種対象者が判別できる領収書(コピー可)  
※領収書には「インフルエンザ予防接種代として」「接種日」「接種者氏名」「各々の接種費用」の記載が必要です。  
※領収書(コピー可)については、返却しておりませんのでご了承願います。  
※申請は、世帯まとめて一括での申請をお願いいたします。
- 申請期限  
**令和5年3月10日(金)必着**  
※申請期限を過ぎたものについては、補助金のお支払いができませんので予めご了承ください。
- 申請先(提出先)・お問合わせ先  
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14 アボット健康保険組合 宛  
電話 03-5368-2785 Email info@abbott-kenpo.com
- 支払方法  
上記ご記入いただいた**被保険者名義の口座**にお振り込みいたします。  
※尚、今回記載いただきました口座情報および住所は、最新情報として健保情報を更新させていただきます。