

# 事業所用 インフルエンザ予防接種補助金請求書の記入例

|   |                                |  |                |        |  |       |           |   |    |    |  |  |  |  |
|---|--------------------------------|--|----------------|--------|--|-------|-----------|---|----|----|--|--|--|--|
| 事業所用  |                                | 東京薬業健康保険組合<br>インフルエンザ予防接種補助金請求書            |                |        |  |       |           |   |    |    |  |  |  |  |
| 保険証記号   |                                | 9 9 9 9                                    |                |        |  | 組合記入欄 |           | 必ず事業所代表者公印、または社印を押印してください。                          |    |    |  |  |  |  |
| 事業所名称   |                                | 薬業工業 株式会社                                  |                |        |  | 印     |           | 事業主名、または届出ている代理人を記入してください。                          |    |    |  |  |  |  |
| 請求者名<br>(事業主名または届出ている代理人)   |                                | 薬業 太郎                                      |                |        |  | 印     |           | 『振込通知書送付先』欄は <b>健保組合に届出ている送付先と異なる場合</b> のみ記入してください。 |    |    |  |  |  |  |
| 振込通知書送付先<br>※健保組合に届出ている送付先住所・宛名と異なる場合のみご記入ください  |                                | 110-0015<br>東京都台東区東上野1-27-2                |                |        |  | 印     |           | (宛名) 薬業工業 株式会社 東上野支店                                |    |    |  |  |  |  |
| 担当者名・連絡先  |                                | 担当者名: 総務部 人事課 企画太郎<br>TEL 03 ( 3833 ) 3271 |                |        |  |       |           |   |    |    |  |  |  |  |
| 接種した人数  |                                | 7 人  |                |        |  |       |           |   |    |    |  |  |  |  |
| ■振込先金融機関*** 店名・店番号は銀行の統廃合により変更されている場合があります。事前にご確認ください。<br>店名と店番号が不一致および未記入の場合は補助金のお振込ができないものでご注意ください。 |                                |  |                |        |  |       |           |   |    |    |  |  |  |  |
| 金融機関  | 銀行コード                          |  | 9 9 9 9        |        |  | 支店    | 店番号 0 0 1 |   | 種目 | 普通 |  |  |  |  |
|   | 薬業                             |  | 銀行・農協<br>信金・信組 |        |  | 永田町   | 本店        | 支店  | 当座 |    |  |  |  |  |
| 口座番号  | 9 9 9 9 9 9 9 9 ヤクギョウコウギョウ (力) |  |                |        |  |       |           |   |    |    |  |  |  |  |
| ■委任状… 請求者と振込先の口座名義人が異なる場合は必ず記入してください。   |                                |  |                |        |  |       |           |   |    |    |  |  |  |  |
| 本請求に基づく疾病予防事業補助金に関する受領を下記の代理人に委任します。  |                                |  |                |        |  |       |           |   |    |    |  |  |  |  |
| 請求者   | 事業所名:                          |  |                | 請求者氏名: |  |       | 印         | 令和 年 月 日  |    |    |  |  |  |  |
| 代理人   | 事業所名:                          |  |                | 代理人氏名: |  |       |           |   |    |    |  |  |  |  |
| ■ご注意ください ■ 対象接種期間: 令和2年9月1日～令和3年2月28日<br>(補助金請求期限: 令和3年3月10日必着)                                       |                                |  |                |        |  |       |           |   |    |    |  |  |  |  |
| 補助金の受領を請求者以外に委任する場合、<br>代理人と口座名義は完全に一致させてください。  |                                |  |                |        |  |       |           |   |    |    |  |  |  |  |
| 詳細は「請求上の注意」をご覧ください  |                                |  |                |        |  |       |           |   |    |    |  |  |  |  |

## → 請求書送付先

〒110-0015 東京都台東区東上野1丁目27番2号 東薬健保健康開発センター インフルエンザ補助金係

**※インフルエンザ予防接種補助金請求に必要な書類以外は同封しないでください。**

**※請求期限が近づくと申請が集中します。すみやかなお支払いができるよう、月ごとや  
支店ごとに分けていただき、早めの請求にご協力ください。**

必ず事業所代表者公印、または社印を押印してください。

事業主名、または届出ている代理人を記入してください。

『振込通知書送付先』欄は**健保組合に届出ている送付先と異なる場合**のみ記入してください。

(宛名)欄は支店・営業所・工場・出張所など  
『事業所名称』と異なる場合にご記入いただけます。  
なお、担当者名は記入いただいても振込通知書には  
反映いたしません。

□マス内は数字で埋めてください。

例: 店番号「1」→ 001 と記入

※種目はどちらかに○をつけてください。

請求者と振込先の口座名義人が異なる場合は  
必ず記入してください。

※請求者と口座名義が一致していない限り、  
請求者名が同一でも委任欄の記入が必要  
となりますのでご注意ください。

[同一事業所名が含まれていても委任欄が必要な例]

【例:1】

・請求者: 株式会社●● 口支店 シャチョウ△△

・口座名義: 力)●● シャチョウ△△  
→口座名義に支店名が入っていない

【例:2】

・請求者: 株式会社●● シャチョウ△△

・口座名義: 力)●●◇◇エイギョウショ シャチョウ△△  
→口座名義に営業所名が入っている

# 連名簿の記入例

この『連名簿』には、**接種した日に当組合の被保険者・被扶養者の資格がある方のみ** 記入してください。

人数の多い場合は、営業所・支店単位などで取りまとめていただいて結構です。

**グループ企業等で保険証記号が異なる場合は、必ず保険証記号ごとに請求書類一式を作成してください。**

※すべての項目について必ずご記入ください。

※連名簿の記入順に領収書を貼付していただくようご協力をお願いします。

| 連名簿   |          |                                   |        |           |                          |            |
|---|----------|-----------------------------------|--------|-----------|--------------------------|------------|
| 保険証記号   | 9 9 9 9  | ※保険証記号が異なる接種者がない場合は、この欄に記入してください。 |        |           | ↓連名簿のページ数を記入             |            |
| 事業所名称   | 薬業工業株式会社 |                                   |        | 1 / 1 ページ |                          |            |
| <p>●すべての項目について必ずご記入ください。<br/>※連名簿の記入順に領収書を貼付し、領収書には連名簿の「ページ数」－「通番」をご記入いただくようご協力をお願いします。</p> |          |                                   |        |           |                          |            |
| 通番  | 保険証番号    | 氏名                                | 種別     | 性別        | 生年月日                     | 接種した日      |
| 1   | 101      | 企画 花子                             | 本人・家族  | 男・女       | 昭和 31年7月1日               | 令和2年10月1日  |
| 2   | 102      | 業務 太郎                             | 本人・家族  | 男・女       | 昭和 52年1月4日               | 令和2年10月1日  |
| 3   | 103      | 薬業 花子                             | 本人・家族  | 男・女       | 昭和 4年7月10日               | 令和2年10月1日  |
| 4   | 104      | 企画 太郎                             | 本人・家族  | 男・女       | 昭和 43年11月1日              | 令和2年10月1日  |
| 5   | 105      | 業務 梅子                             | 本人・家族  | 男・女       | 昭和 60年1月5日               | 令和2年10月3日  |
| 6   | 106      | 厚年 一郎                             | 本人・家族  | 男・女       | 昭和 29年4月4日               | 令和2年10月1日  |
| 7   | 107      | 総務 太郎                             | 本人・家族  | 男・女       | 昭和 28年8月1日               | 令和2年10月15日 |
| 8   |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 9   |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 10  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 11  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 12  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 13  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 14  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 15  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 16  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 17  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 18  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 19  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 20  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 21  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 22  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 23  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 24  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 25  |          | 本人・家族                             | 男・女    |           | 年 月 日                    | 令和 年 月 日   |
| 接種した方の合計人数  |          |                                   | 7 人    |           | 接種日当日に当組合の資格があるかご確認ください。 |            |
| 総 計   |          |                                   | 接種した人数 |           | 7 人                      |            |

連名簿が複数枚になった場合、一枚目の連名簿に総計を記入してください。

# 領収書貼付用紙の例

領収書のコピーは、請求する人数分を重ならないように、のりしろ上に貼付してください。

領収書の原本は返却できませんので、ご請求の際は再度ご確認のうえご提出ください。

領収書の枚数に応じて、貼付用紙はコピーしてお使いください。

※インフルエンザ予防接種の領収書以外は添付しないようにしてください。

※インフルエンザ予防接種済証は領収書の代わりにはなりません。

※連名簿の記入順に領収書を貼付し、領収書には連名簿の「ページ数」ー「通番」をご記入いただくよう  
ご協力をお願いします。

| 領 収 書 貼 付 用 紙   |         |         |          |         |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |
|---|---------|---------|----------|---------|--|-------|----|----|----|----|---------|---|---|---|---------|------|-----|--|-------|------|---------|---|---|----------|-----|-----|----|------|---|---|---------|---------|-------|-------|---------|---------|---------|
| <p>のりづけ部分</p> <p>のりづけ部分</p> <p>のりづけ部分</p> <p>のりづけ部分</p> <p>のりづけ部分</p> <p>のりづけ部分</p>   |         |         |          |         |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |
| <p>領 収 書</p> <p><u>薬業工業 株式会社 様</u></p> <p>令和2年10月1日</p> <p>P1- 1~4<br/>P1- 6</p> <p>領収金額<br/>15,000 円<br/>(インフルエンザ接種代として)</p> <p>赤坂見附病院 院長 東薬四郎 (東薬)</p> <p>「ページ数」ー「通番」を記入してください。</p> <p>1枚の領収書に複数名含まれる場合</p> <p>例: 企画花子 「P1-1」<br/>業務太郎 「P1-2」<br/>薬業花子 「P1-3」<br/>企画太郎 「P1-4」<br/>厚年一郎 「P1-6」</p> <p>※連名簿の記入例をご参照ください。</p>  |         |         |          |         |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |
| <p>領 収 書</p> <p><u>業務 梅子 様</u></p> <p>令和2年10月3日</p> <p>P1-5</p> <p>保険分</p> <table border="1"><thead><tr><th>初・再診料</th><th>投薬</th><th>注射</th><th>処置</th><th>検査</th></tr></thead><tbody><tr><td>2,820 円</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td><td>3,180 円</td></tr><tr><td>画像診断</td><td>入院料</td><td></td><td>保険分合計</td><td>負担割合</td></tr><tr><td>4,000 円</td><td>円</td><td>円</td><td>10,000 円</td><td>30%</td></tr></tbody></table> <p>私費分</p> <table border="1"><thead><tr><th>その他</th><th>健診</th><th>患者負担</th></tr></thead><tbody><tr><td>円</td><td>円</td><td>3,000 円</td></tr><tr><td>インフルエンザ</td><td>私費分合計</td><td>今回請求額</td></tr><tr><td>2,500 円</td><td>2,500 円</td><td>5,500 円</td></tr></tbody></table> <p>窓口領収額<br/>5,500 円</p> <p>永田町診療所 院長 薬業松子 (薬業)</p> <p>「ページ数」ー「通番」を記入してください。</p> <p>例: 「P1-5」と記入</p> <p>※連名簿の記入例をご参照ください。</p> |         |         |          |         |  | 初・再診料 | 投薬 | 注射 | 処置 | 検査 | 2,820 円 | 円 | 円 | 円 | 3,180 円 | 画像診断 | 入院料 |  | 保険分合計 | 負担割合 | 4,000 円 | 円 | 円 | 10,000 円 | 30% | その他 | 健診 | 患者負担 | 円 | 円 | 3,000 円 | インフルエンザ | 私費分合計 | 今回請求額 | 2,500 円 | 2,500 円 | 5,500 円 |
| 初・再診料   | 投薬      | 注射      | 処置       | 検査      |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |
| 2,820 円   | 円       | 円       | 円        | 3,180 円 |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |
| 画像診断  | 入院料     |         | 保険分合計    | 負担割合    |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |
| 4,000 円   | 円       | 円       | 10,000 円 | 30%     |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |
| その他   | 健診      | 患者負担    |          |         |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |
| 円   | 円       | 3,000 円 |          |         |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |
| インフルエンザ   | 私費分合計   | 今回請求額   |          |         |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |
| 2,500 円   | 2,500 円 | 5,500 円 |          |         |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |
| <p>領 収 書</p> <p><u>総務 太郎 様</u></p> <p>令和2年10月15日</p> <p>P1-7</p> <p>領収金額<br/>800 円<br/>(インフルエンザ接種代)</p> <p>永田町病院 院長 厚年太郎 (厚年)</p> <p>「ページ数」ー「通番」を記入してください。</p> <p>例: 「P1-7」と記入</p> <p>※連名簿の記入例をご参照ください。</p>   |         |         |          |         |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |
| <p>※必ず「のりしろ」上にのり付けし、はがれないようにお願いいたします。</p>   |         |         |          |         |  |       |    |    |    |    |         |   |   |   |         |      |     |  |       |      |         |   |   |          |     |     |    |      |   |   |         |         |       |       |         |         |         |