

セントラル警備保障健康保険組合 御中

常務理事	事務長	健保担当	所属担当

インフルエンザ予防接種費用支給申請書

保険証番号	社員No.	所属名	被保険者名
1-			印

被 保 険 者 記 入 欄	接種した方の氏名	続柄	年齢	実施年月日	負担した額
		本人・家族			円
		本人・家族			円
		本人・家族			円
		本人・家族			円
		本人・家族			円
		本人・家族			円
合計人数	人			合計金額	円

医 療 機 関 記 入 欄	平成 年 月 日
	金 円也
	上記の通り、インフルエンザ予防接種費用として領収いたしました。
	所在地 名称 印
※ 医療機関の方へ・・・金額は、予防接種の金額のみ記入願います。	

*** 注意事項**

- 領収証（原本）を添付、または医療機関記入欄へ記入してもらうか、どちらかを必ずお願いします。但し、病院名や金額しか印字されていないレシートの場合は、内容が確認出来ないので、必ず医療機関記入欄への記入をお願いします。
- 請求は接種される御家族すべての接種が済んでから、一括で請求してください。申請書の提出は1回限りとします。
- 一人一回限り2,500円を補助します。

健保受付印