別紙２

東北しんきん健康保険組合　理事長　　殿

インフルエンザ予防接種費用請求書

請求金額　　円

インフルエンザ予防接種費用（実費：　　円）の一部補助として、領収書を添付の上、上記金額を請求します。また、一部補助の支給は、事業主を経由して行われることに同意します。（但し、任意継続被保険者の方を除く）

年　　月　　日

事業所名

氏　　名

被保険者等の記号・番号　　－

本人・家族の別　　本人　　家族

※　令和８年10月１日～令和９年１月31日の間に接種を受けたものが対象となります。
※　請求は令和９年２月28日までに行ってください。
※　一部補助は一人１回限り、２,０００円を上限に実費を補助します。
※　「被保険者等の記号・番号」は必ず記載してください。
※　「本人・家族の別」は該当する箇所に〇を付けて下さい。
※　領収書（原本）は、裏面に貼付して下さい。
※　請求書は、被保険者・被扶養者それぞれが個人毎に作成して下さい。また、事業所の担当者経由で請求して下さい。
※　任意継続被保険者の方は、事業所名欄に「住所」を記載して下さい。

（裏面あり）

※　領収書に、インフルエンザ予防接種等の記載がない場合は、インフルエンザ予防接種とわかるもの（診療明細書・内訳書等）を合わせて貼付してください。

領収書（原本）貼付欄