

# 平成30年度 インフルエンザ予防接種費用請求票

- 接種対象者 塩野義健康保険組合の被保険者・被扶養者  
注)家族であっても健康保険の被扶養者でない方は対象外です。
- 接種期間 平成30年10月1日～平成30年12月31日
- 補助額 被保険者:1回の接種につき全額を補助します。  
被扶養者:1回の接種につき3,000円まで補助します。  
ただし、幼児等、医師の指示で2回接種を要する場合は、2回まで補助を行います。  
なお、自治体等の公共機関から助成がある場合は、助成を利用してください。自己負担が発生した場合は、その金額について補助します。費用欄に自己負担された金額を記入してください。
- 提出期限 平成31年1月31日(木)までに必着
- 提出先 塩野義健康保険組合 インフルエンザ係 注)各事業所の健康管理担当者は経由しないでください
- 費用の支払 月末までに受理した請求票については、原則翌々月の給与に加算して支払います。  
(油日アグリサーチ(株)の方、任意継続の方は原則翌々月の20日に登録口座に振り込みます。)

※ 太枠内にご記入ください。費用欄には入手された領収書に表示されている金額をご記入ください。

被保険者氏名欄には必ず捺印ください。

保険証番号	記号		番号				
フリガナ			氏名No.				
被保険者氏名 (戸籍名)		印					
分室			所属				
接種者氏名		本人・家族・性別	1回目接種日	2回目接種日	健保使用欄 *記入しないでください		
生年月日		*○で囲んでください	1回目費用	2回目費用	1回目補助額	2回目補助額	補助額合計
昭・平 年 月 日生		本人・家族	月 日	月 日			
昭・平 年 月 日生		男・女	円	円			
昭・平 年 月 日生		本人・家族	月 日	月 日			
昭・平 年 月 日生		男・女	円	円			
昭・平 年 月 日生		本人・家族	月 日	月 日			
昭・平 年 月 日生		男・女	円	円			
昭・平 年 月 日生		本人・家族	月 日	月 日			
昭・平 年 月 日生		男・女	円	円			

<お願い>

- ①領収書は接種者名で入手し、請求票の下方(領収書貼付欄)に貼り付けてください。(枚数が多い場合は、裏面でも可。)  
(レシートなど宛名のない領収書、塩野義製薬株式会社や各国内グループ会社宛の領収書、計算書は受け付けできません。)  
インフルエンザ予防接種代であること、接種年月日が明記された領収書を手数してください。
- ②家族2人以上で接種し、領収書が1枚で発行された場合は、医療機関に一人当たりの金額を確認し、必ず個人ごとの接種金額を記入してください。
- ③請求票の提出は、接種予定の方が全員接種された後にまとめて提出してください。

領収書貼付

(平成30年度)