

令和7年度インフルエンザ予防接種補助申請書

令和 年 月 日

公益財団法人 上尾市勤労者福祉サービスセンター理事長 宛

インフルエンザ予防接種補助について必要書類を添えて下記のとおり請求いたします。

会 員 番 号								会 員 氏 名	
接 種 料 金 ※領収書記載額	円 (A)							接 種 日	令和 年 月 日
事業所及び保険組合など で補てんされる金額	円 (B)							接種医療機関名	
本 人 負 担 額 (A)-(B)	円 (C) ※本人負担額が 2,000 円未満は対象外となります。							加入している保険組合名	
添付書類 ※申請には1,2のいずれか	1、会員氏名(フルネーム)、接種日、接種料金、医療機関・インフルエンザ予防接種、が明記の医療機関の領収書(原本) 2、領収書に1の項目がすべて記載されていない場合は下記の「医療機関証明書」と領収書(原本)								

○補助額

円	補助額は本人負担額(C)の1/2で 100 円未満切り捨てをご記入ください。(2,000 円上限)
---	---

○振 込 先

※個人会員(会員番号が9番から始まる方)は会費引き落とし口座となります。個人会員の記入は不要です。それ以外の事業所会員のみご記入ください。

金 融 機 関	銀 行 労働金庫 信用金庫 信用組合		支 店 出張所			
預 金 種 別	普通・当座	口 座 番 号				
(フリガナ) 口座名義	姓		名			

【注意事項】 必ずお読みください

※補助対象は、年度内1回・接種日現在加入している、会員本人のみです。生活習慣病予防検診受給者及び本人負担額が 2,000 円未満は対象外となります。

※接種期間及び申請期間等の詳細は当該年度の会報誌で案内したとおりです。

※受付は、先着順で定員になり次第締め切ります。応募状況は、当センターホームページや電話にてご確認のうえ、ご申請ください。

※予防接種を受けた会員氏名(フルネーム)、接種日、接種料金(支払額)、医療機関・「インフルエンザ予防接種」が明記されている領収書(原本)を裏面に貼付してください。記載事項が不足する領収書の場合は、下記の医療機関証明書と領収書(原本)をあわせてのご申請となります。

※センター窓口及び郵便でご申請ください。申請月の翌月末までに振込先口座に入金いたします。

インフルエンザ予防接種の医療機関証明書欄

上記のとおり接種したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

医療機関

名 称

印

医療機関へのお願い

日頃より、センターの運営にご協力いただきありがとうございます。

当センターでは、健康管理事業の一環としてインフルエンザ予防接種をうけた会員本人に対し、接種費用の一部を補助しております。

つきましては、お手数かけますが太枠の中に証明くださいますようお願いいたします。

事 務 局 公 益 財 団 法 人 上 尾 市 勤 労 者 福 祉 サ ー ビ ス セ ン タ ー

〒362-0011 上尾市大字平塚 951-2(イコス上尾 3 階)

TEL048-771-5700 業務時間:午前 9 時 00 分~午後 5 時 15 分

休業日:日曜、月曜、祝日、イコス上尾休館日

サービスセンター事務局記載欄

事務局長	事務局次長	係長	担当

受付者	入力

受 付 印

--