

インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

請求金額					
------	--	--	--	--	--

補助の上限は1,000円です。
(100円未満切り捨て)

下記により、インフルエンザ予防接種費用の領収書等を添えて、上記補助金を請求します。

年 月 日

一般財団法人東京広域勤労者サービスセンター理事長 殿

会員番号	-	-	会員氏名			印
自宅住所	昼間連絡先 TEL ()					
接種した医療機関名 (TEL)	TEL ()					
接種日	年	月	日	※入会年月日	S・H・R	年 月 日

※ 入会年月日はサービスセンターで記入します。

[ご注意] 請求書裏面(2枚目)の請求方法を確認の上、ご申請ください。

<窓口受領>

領 収 書					
金額					
上記の補助金を受領しました。					
年 月 日					
受領者氏名					
印					

<口座振込>

会員本人名義の金融機関口座を指定してください。

金融機関	銀行・信用金庫 信用組合				支店	フリガナ	
口座番号	普・当					口座名義人	

<代理人受領>

代理人が受領する場合は委任状欄に記入、押印してください。

委 任 状							
私は、上記補助金の申請・受領を						に委任します。	
年 月 日						会員氏名	
印							

※ご記入いただいた個人情報は、当インフルエンザ予防接種費用補助金の支給目的以外には利用いたしません。

(事務局使用欄)						受 付 印
事務局長	事務局次長	営業所長	入 力	支 給	確 認	

インフルエンザ予防接種費用補助金請求方法

補助対象者： 会員本人

請求期限： インフルエンザ予防接種を受けた日から1年

<サービスセンター窓口で受領の場合>

サービスセンター窓口で補助金をお渡ししますので、下記必要書類と印鑑をお持ちください。
代理人の方は、同じ名字でも別々の印鑑が必要です。

<口座振込の場合>

下記の必要書類をサービスセンターへ郵送してください。
申請受付日より1か月以内に振込みます。振込手数料はサービスセンターが負担します。

【必要書類】

1. インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

請求金額は記入してありますか？

- ・補助の上限は1,000円です。接種費用が1,000円以上の場合は請求金額欄に1,000円と記入してください。
- ・市区町村、健康保険組合等で助成を受けた方は請求額が異なります。

例：インフルエンザ予防接種費用が2,376円かかり、健康保険組合から2,000円の補助を受ける場合

$$2,376 \text{円 (接種費用)} - 2,000 \text{円 (健康保険組合補助額)} = 376 \text{円 (請求額)}$$

請求をする会員本人の押印はありますか？

補助金振込先口座は記入してありますか？

- ・会員本人名義の金融機関口座を記入してください。

2. 医療機関発行の領収書

領収書に次の①から⑤の記載がありますか？

- ①予防接種者氏名（会員氏名） ②予防接種日（領収日） ③予防接種を受けた医療機関名
④予防接種の金額 ⑤「インフルエンザ予防接種代」と記載があること

* 診療費や複数の方の費用が合算されている場合は内訳の明記が必要です。

※領収書に上記の内容が記載されていない場合は医療機関で記入および医療機関名を押印した別紙証明書を添付してください。

※領収書は原本の添付をお願いします。（診療費が合算されている等で原本が必要な方はコピー可）

<問い合わせ・郵送先>

一般財団法人 東京広域勤労者サービスセンター

豊島区本部	〒170-0004	豊島区北大塚1-15-10	豊島区東部区民事務所2階
		TEL 03-5961-0520	
北区営業所	〒114-8503	北区王子1-11-1	北とぴあ11階
		TEL 03-5390-1242	
荒川区営業所	〒116-8501	荒川区荒川2-2-3	荒川区役所6階（産業経済部内）
		TEL 03-3806-7581	
杉並区営業所	〒167-0043	杉並区上荻1-2-1	Da i w a 荻窪タワー2階
		TEL 03-6279-9117	