

## 風疹・麻疹抗体検査およびワクチン接種費用補助金申請書

被保険者証 記号-番号	-	被保険者名	
日中連絡がとれる電話 番号		メールアドレス	

### ■ 予防接種をした方

接種者氏名	続柄	補助種類	接種年月日	接種費用
		抗体検査・ワクチン接種	年 月 日	円
		抗体検査・ワクチン接種	年 月 日	円
		抗体検査・ワクチン接種	年 月 日	円
		抗体検査・ワクチン接種	年 月 日	円
		抗体検査・ワクチン接種	年 月 日	円

■ 抗体検査・予防接種補助金の上限は一人につき風疹14,000円（税込）・麻疹19,000円（税込）です。  
 上限を超えた接種費用がある場合はPhiliFlexポイントで精算しますか。

<input type="checkbox"/> 全額ポイントで精算する	<input type="checkbox"/> 一部ポイントで精算する	使用ポイント _____ P	<input type="checkbox"/> ポイント精算はしない
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------	-------------------------------------

### ■ 振込先金融機関※被保険者名義の口座を記入してください

	銀行 金庫		本店 支店	支店番号	
普通・当座	口座番号		口座名義名 (カナ)		

抗体検査と予防接種の両方を受ける場合はまとめて申請をしてください

**この申請書に、医療機関が発行した「領収書（原本）」を添付してください。**

領収書は下記の記載があることが必要です。

領収日    接種した方の氏名    領収金額    医療機関名

「風疹/麻疹 抗体検査またはワクチン接種代」と記載してあること

※抗体検査費用、ワクチン接種費用、または抗体検査とワクチン接種の両方を受けたことがわかるよう記載してください。

※領収書が家族と併せて1枚の場合は、接種者全員の氏名と接種単価を記入してもらってください。

※領収書は返却いたしませんのでご了承ください。

### ■ 提出先/お問い合わせ先

フィリップス・ジャパン健康保険組合    TEL 03-6384-2270

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト8階

\* PhiliFlexポイントでの精算を希望する方は3月10日までに健康保険組合に届くよう提出してください。

### 健康保険組合記入欄

補助金額①	円
使用ポイント②	P
振込金額①+②	円
振込日	

常務理事	事務長	担当者	担当者