

## 2023年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

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 ※任意	

### ■ 予防接種をした方

接種者氏名	続柄	接種年月日	接種費用
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円

■ インフルエンザ予防接種補助金の上限は一人につき4,400円です。上限を超えた接種費用はPhiliFlexポイントで精算しますか。 ※PhiliFlexポイント精算希望の場合は2月20日までに申請してください。

全額ポイントで精算する     一部ポイントで精算する    使用ポイント \_\_\_\_\_ P     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)		

\*ご家族様（被扶養者）も接種される場合は接種者全員分をまとめて申請してください。

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    「インフルエンザ予防接種代」と記載してあること

※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

\* インフルエンザ予防接種は2024年3月31日までに接種をしたものが対象です。

\* 提出期限（2024年3月末日）を過ぎてから届いた申請は受付することができませんのでご注意ください。

\* PhiliFlexポイントでの精算は2月20日までに提出された申請になります。

### 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	

備考欄	
-----	--