

インフルエンザ予防接種助成申請書(個人用)

令和 年 月 日

公益財団法人札幌市中小企業共済センター 宛

企業番号		会員番号	
企業名		会員氏名	日中連絡先 () - 電話番号

さぼーとさっぼろ処理欄

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて助成金(クオカード)を申請します。

記

1 接種日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
2 医療機関名(受診先)		<input type="checkbox"/>	
3 接種金額(自己負担額)	会員本人負担額 : 円(税込)	<input type="checkbox"/>	
4 確認事項 <small>右記内容を確認し、すべてに☑を入れること ※☑が1つでも不足している申請書は受付しません</small>	クオカードの送付について		
	<input type="checkbox"/> 確認済	送付先:企業の登録住所宛てに郵送。個別対応は不可。 発送日:令和6年3月27日頃(申請日にかかわらず年度内1回のみ)	<input type="checkbox"/>
	領収書(写)について		
	<input type="checkbox"/> 確認済	宛名は会員本人宛ですか?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 確認済	接種日は令和5年10月1日～令和6年1月31日の間ですか?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 確認済	インフルエンザの記載はありますか?(予防接種のみは不可) ⇒ 領収書に「インフルエンザ」の記載がない場合は、記載のある診療明細書等と一緒に添付すること。いずれか片方のみでは受付しません。	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 確認済	医療機関名の記載と、領収印(領収印省略の様式の場合は不要)はありますか?	<input type="checkbox"/>	

<p>添付書類</p> <p>①～⑤の記載必須</p>	<p>領収書(写) (本人名、予防接種の内容が明記されたもの。レシート不可)</p> <p>領収書の様式は問いませんが、右図の①～⑤の必須項目が記載されていないものは受付できません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">(別紙様式1) 領 収 証 (領収書の例)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">患者番号</td> <td style="width: 20%;">氏 名</td> <td style="width: 20%;">① 会員本人氏名(フルネーム)</td> <td style="width: 20%;">② 接種日</td> </tr> <tr> <td>受診科</td> <td>入・外</td> <td>領収書No.</td> <td>発行日</td> </tr> <tr> <td>初・再診料</td> <td>入院料等</td> <td>医学療法</td> <td>光学療法</td> </tr> <tr> <td>注 射</td> <td>リハビリテーション</td> <td>③ 「インフルエンザ予防接種」である旨の記載</td> <td>④ 負担額</td> </tr> <tr> <td>検査料</td> <td>理学療法</td> <td>⑤ 医療機関名と領収印</td> <td>領収印</td> </tr> </table> </div>	患者番号	氏 名	① 会員本人氏名(フルネーム)	② 接種日	受診科	入・外	領収書No.	発行日	初・再診料	入院料等	医学療法	光学療法	注 射	リハビリテーション	③ 「インフルエンザ予防接種」である旨の記載	④ 負担額	検査料	理学療法	⑤ 医療機関名と領収印	領収印
患者番号	氏 名	① 会員本人氏名(フルネーム)	② 接種日																		
受診科	入・外	領収書No.	発行日																		
初・再診料	入院料等	医学療法	光学療法																		
注 射	リハビリテーション	③ 「インフルエンザ予防接種」である旨の記載	④ 負担額																		
検査料	理学療法	⑤ 医療機関名と領収印	領収印																		

個人情報の取扱について
 公益財団法人札幌市中小企業共済センターでは、会員の皆様の個人情報を、福利厚生サービスの提供のみに利用し、それ以外の目的には利用いたしません。

インフルエンザ予防接種助成申請書(個人用)

令和 5年 12月 10日

公益財団法人札幌市中小企業共済センター 宛

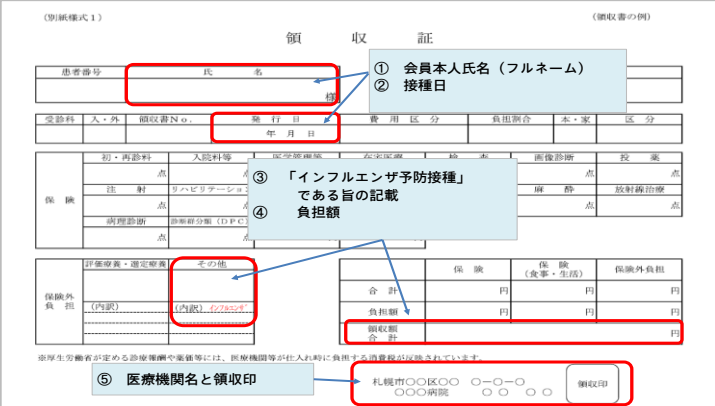
企業番号	001311	会員番号	00987654
企業名	(株)〇×共済センター	会員氏名	福利 太郎 日中連絡先 電話番号 (011) 221 - 3061

さぼりとさっ
ぼろ処理欄

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて助成金(クオカード)を申請します。

記

1 接種日	令和 5年 11月 25日	<input type="checkbox"/>
2 医療機関名 (受診先)	札幌福利共済病院	<input type="checkbox"/>
3 接種金額 (自己負担額)	会員本人負担額 : 3,500 円(税込)	<input type="checkbox"/>
4 確認事項 右記内容を確認し、すべてに☑を入れること ※☑が1つでも不足している申請書は受付しません	クオカードの送付について <input checked="" type="checkbox"/> 確認済 送付先:企業の登録住所宛てに郵送。個別対応は不可。 発送日:令和6年3月27日頃(申請日にかかわらず年度内1回のみ)	<input type="checkbox"/>
	領収書(写)について <input checked="" type="checkbox"/> 確認済 宛名は会員本人宛ですか?	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済 接種日は令和5年10月1日~令和6年1月31日の間ですか?	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済 インフルエンザの記載はありますか?(予防接種のみは不可) ⇒ 領収書に「インフルエンザ」の記載がない場合は、記載のある診療明細書等と一緒に添付すること。いずれか片方のみでは受付しません。	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 確認済 医療機関名の記載と、領収印(領収印省略の様式の場合は不要)はありますか?		<input type="checkbox"/>

添付書類 ①~⑤の記載必須	<p>領収書の様式は問いませんが、右図の①~⑤の必須項目が記載されていないものは受付できません。</p>  <p>① 会員本人氏名(フルネーム) ② 接種日 ③ 「インフルエンザ予防接種」である旨の記載 ④ 負担額 ⑤ 医療機関名と領収印</p>	<input type="checkbox"/>
------------------	---	--------------------------

個人情報の取扱について

公益財団法人札幌市中小企業共済センターでは、会員の皆様の個人情報を、福利厚生サービスの提供のみに利用し、それ以外の目的には利用いたしません。