

この申請書でインフルエンザ予防接種の申請はできません。
インフルエンザの申請はKOSMO Communication Webでお申し込みください。

その他予防接種支給申請書(※インフルエンザ予防接種以外)

送付先 〒185-250 日本電気健康保険組合 予防接種担当 行

(住所 〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町29-11)

年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険 記号・番号	記 号		番 号										会社名	TEL	-	-	
	フリガナ 被保険者氏名												所属	文書メールNo				-
													(※文書メールがある所は必ず記入する)					
													自宅住所 〒					
													TEL				-	-
		接種者氏名		医療機関名		接種日		予防接種名		接種金額		査定額						
	1	(才)				年 月 日												
						年 月 日												
						年 月 日												
	2	(才)				年 月 日												
					年 月 日													
					年 月 日													
3	(才)				年 月 日													
					年 月 日													
					年 月 日													
4	(才)				年 月 日													
					年 月 日													
					年 月 日													
5	(才)				年 月 日													
					年 月 日													
					年 月 日													
合計																		
・退職者・退職予定者の方は記入してください(郵便局取扱い不可)																		
金融機関名										口座番号		名義(フリガナ)						
銀行					支店					(普通)								

注 1. 申請書の裏面に、申請される方全員分の領収書を糊付けしてください。(枚数が多い場合は別紙に貼付)

2. 領収書には次の項目の記載が必要です。

①接種者氏名(必ずフルネームであること。会社名不可)

②接種費用

③接種日

④医療機関名

⑤予防接種名(補助対象の予防接種はホームページで確認してください。)

※上記項目を領収書の余白部分に手書きで追記している場合、追記部分に病院の認印が必要です。

3. 申請書および領収書に不備がある場合は返却させていただきます。

※制度の詳細はNECけんぽホームページをご覧ください。