

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 險 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 登録 欄 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>・退職者・退職予定の方は記入してください(郵便局取扱い不可)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">金融機関名</td> <td style="width: 50%;">口座番号</td> </tr> <tr> <td>銀行</td> <td>支店</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(普通)</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | 金融機関名 | 口座番号 | 銀行 | 支店 | | (普通) |
| 金融機関名 | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。