

疾病予防費支給申請書

送付先 〒185-250 日本電気健康保険組合 疾病予防担当 行
 (住所 〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町29-11)

平成 年 月 日提出

申請区分に○をつけてください。〔 ①インフルエンザ予防接種 ②その他予防接種 〕

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	会社名	TELNET - -		
	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. 添付していただく確証は領収書原本に限ります。領収書(原本)は返却できません。
 2. 領収書原本には次の項目が必要です。
 ①接種者氏名(フルネーム・会社名不可)
 ②予防接種名
 ③接種日
 ④医療機関名
 ⑤金額
 ⑥領収印
 3. 確証の領収書は、申請書裏面に糊付けしてください。(枚数が多い場合は、A4別紙に貼付)
 4. 申請書および確証等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。