

常務理事	部長	課長	係長	係

麻疹・風疹予防補助金請求書

令和××年度

令和××年××月×日

千葉県医業健康保険組合 様

事業所所在地 千葉市〇〇区△△町XX
 事業所の名称 医療法人社団 〇〇〇〇
 事業主の氏名 △△△ XXX
 電話番号 043-〇〇〇-XXXX
 担当者氏名 医業 健太

印

※電子申請(KOSMO Webによる)の場合は、押印不要

下記のとおり麻疹・風疹予防の検査及びワクチン接種(麻疹・風疹)を実施したので請求いたします
 ※決定欄には記入しないでください

種 目	件 数	単価(一人当たりの金額)	小 計	合 計
抗体検査	3 件	790 円	2,370 円	4,770 円
ワクチン接種	2 件	1,200 円	2,400 円	
※決定欄 抗体検査合計	件	円	円	円
ワクチン接種合計	件	円	円	

補助金振込口座	〇〇 銀行 △△ 支店									
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
(フリガナ)	イ)〇〇〇〇 リジチョウ △△ XX									
口座名義	医療法人社団 〇〇〇〇 理事長 △△ ××									

◎ 振込口座は、事業所(主)口座でお願いいたします

◎ 補助金額 抗体検査(麻疹のみ):一人当たり定額790円

ワクチン接種の実施者:一人当たり上限1,200円

◎ 添付書類

・ 抗体検査(麻疹のみ対象)の実施者

検査結果報告書の写し(明細書の順番に並べて添付)

➤ 検査結果報告書を事業所で作成する場合は、事業主の証明を受けてください

・ ワクチン接種の実施者

ワクチンの購入単価がわかるものの写し

➤ 他の医療機関で実施した場合は、領収書(写しでも可)

※電子申請の場合は、添付書類は不要です

◎ その他については「請求時提出書類等について」をご確認ください

受 付 日 付 印

麻疹・風疹予防補助金請求明細書

事業所記号

項番	証番号	被保険者氏名	性別	麻疹抗体検査年月日	ワクチン接種年月日	ワクチン請求種別
1	XX	健保 元気	男	R.XX.〇〇.△△	R.XX.△△.〇〇	麻・風
2	XXXX	千葉 みな子	女	R.XX.〇〇.△△	R.XX.△△.〇〇	麻・風
3	XXX	医業 健太	男	R.XX.〇〇.△△		麻・風
4						麻・風
5						麻・風

麻疹と風疹の
混合ワクチンの場合は
2つに「〇」つける