様式7

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		
事業所の名称		
事業主の氏名		(EJT)
電話番号		
担当者氏名		

※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		件	円		円			Ш
	ワクチン接種		件	円		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	銀行							支店	
種別	普通	• 当座	口座番号						
(フリガナ)									
口座名義									

- ◎ 振込口座は、事業所(主)口座でお願いいたします
- ② 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

受付日付印

- ◎ 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

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						麻・風
2						麻・風
3						麻・風
4						麻・風
5						麻・風