

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 (印)  
 .....  
 電話番号  
 .....  
 担当者氏名  
 .....

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	円
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									

- ※ 抗体検査(麻疹のみ対象)の実施者に対し、790円(定額)を補助します
- ※ 検査結果報告書の写しを明細書の順番に並べて添付してください  
(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)
- ※ ワクチンの購入単価の一部を補助します(上限1,200円)
- ※ ワクチンの購入単価がわかるものの写しを必ず添付してください  
(他の医療機関で実施した時は、領収書を添付)
- ※ 振込口座は事業所(主)口座でお願いいたします

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	検査年月日	ワクチン年月日	請求種別
1						麻・風
2						麻・風
3						麻・風
4						麻・風
5						麻・風
6						麻・風
7						麻・風
8						麻・風
9						麻・風
10						麻・風