

様式7

記入例

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XX年度

千葉県医業健康保険組合 様

令和XX年△△月○○日

事業所所在地 千葉市○○区△△町XX

事業所の名称 医療法人社団 ○○○○

事業主の氏名 △△△ XXX

電話番号 043-000-XXXX

担当者氏名 医業 健太



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	○○ 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) 口座名義	イリヨウホウジンシャダン ○○○○ リジチョウ △△ XX									

- ※ 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)口座をお願いいたします

受付日付印

麻疹・風疹予防補助金請求明細書

事業所記号 △△△△

麻疹の抗体検査日

ワクチンの種別

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	XX	健保 元気	男	R.XX.00.△△	R.XX.△△.00	麻・風
2	XXXX	千葉 みな子	女	R.XX.00.△△	R.XX.△△.00	麻・風
3	XXX	医業 健太	男	R.XX.00.△△		麻・風
4						・風
5						・風
6						・風
7						麻・風
8						麻・風
9						麻・風
10						麻・風

麻疹と風疹の
混合ワクチンの場合は
2つに「○」つける