**（別紙２）**

|  |
| --- |
| **【任意継続被保険者用】２０２５年度 インフルエンザ予防接種 費用補助請求書** |

**請求日　202　年　　 月　　　日**

**ＮＸグループ健康保険組合　宛**

**健康保険証　被保険者番号：9992－**

**郵便番号：　　　　－**

**住所：**

**電話番号：　　　　－　　　　　－**

**氏名**

**標記につき、インフルエンザ予防接種を実施しましたので請求いたします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **健診機関名** | **健保費用補助額　上限２，０００円** |
| **月　日** |  | **円** |

**・健保からの振込は、任意継続加入時にご登録いただいた口座とさせていただきます。**

**・健診機関からの請求書（写）もしくは領収証（写）を必ず添付してください。**

**・上限額は2,000円です。上限額を超えた場合は請求額に「2,000円」とご記入ください。**

**・費用補助請求書に必要事項を記入後、ご郵送ください。**

**（郵送費用は、恐れ入りますが、ご本人で負担願います。）**

 **・被扶養者（ご家族）は補助対象外です。**

|  |
| --- |
| **返送先　ＮＸグループ健康保険組合　健康支援ユニット　宛****〒103-0013****住所　東京都中央区日本橋人形町二丁目２６番５号　ＮＸ人形町ビル２階****担当　小田****電話　０３－５９６２－３５２５** |