

健康保険組合押印欄			
常務理事	事務長		

(新型コロナ・インフルエンザ) 予防接種費用補助申請書

(記号は2148。但し任意継続の方は9901) (番号は、職員番号の末尾を除いた7ケタを記入してください)

令和 年 月 日

被 保 険 者	* 記号	* 番号 (7ケタ)	被保険者氏名	旧姓	年齢
			(法律姓で記入をお願いします)		
	所 属		日中連絡のとれる電話番号		

※被扶養者分もまとめて一度に申請してください

接 種 者	氏 名		続 柄 (長女・長男 等)	接種内容に ○印	接種日	接種費用(消費税込み)	健保記入欄
	(氏)	(名)		新型コロナ インフルエンザ	令和 年 月 日	円	円
(氏)	(名)		新型コロナ インフルエンザ	令和 年 月 日	円	円	
(氏)	(名)		新型コロナ インフルエンザ	令和 年 月 日	円	円	
(氏)	(名)		新型コロナ インフルエンザ	令和 年 月 日	円	円	
(氏)	(名)		新型コロナ インフルエンザ	令和 年 月 日	円	円	
(氏)	(名)		新型コロナ インフルエンザ	令和 年 月 日	円	円	

- 対象者 共同健保の加入者(被保険者・被扶養者)
- 補助金額 2,000円 (2,000円に満たない場合は実費)
- 補助回数 新型コロナまたはインフルエンザいずれかの選択式。1人1回のみ。
- 新型コロナ予防接種費用補助
 - 対象期間 4月1日から3月31日接種分
 - 申請期間 受診した年度内に提出をお願いします。

接種費用合計金額	補助金合計
円	円
支給決定日	
R 年 月 日	

- インフルエンザ予防接種費用補助
 - 対象期間 9月1日から1月31日接種分(期間外の接種は補助の対象外です)
 - 申請期間 9月1日から3月31日(期間外の申請は補助の対象外です)
- 申請手順
 - 接種後、医療機関で以下の内容を明記した領収書(宛名は個人名)を受け取ってください。
 - 領収書の他に明細書が発行された場合は明細書も受け取ってください。
 - 接種日・接種者氏名・「インフルエンザ予防接種代」「新型コロナ予防接種代」と明記されていること。
 - ※同一日に2人以上が予防接種を受けた場合、領収書は別々に発行を依頼してください。
 - 申請書に「領収書(原本)」「(明細書が発行された場合は)明細書」を添付し、健康保険組合に提出をお願いします。
 - 補助は給与口座に振り込みます。任意継続被保険者は、任意継続加入申請時に記載した口座に振り込みます。

※給与支給日が25日以外で、初めて申請される方は必ず振込先口座をご記入ください【口座名義は被保険者本人】

金融機関名	支店名	種 別	口 座 番 号	口 座 名 義
		普通		(カナ)

【領収書は裏面に貼ってください】

貼りきれない場合は、紙を足していただくようお願いします。
紙を足した場合、左上も糊付けをお願いします。