

健康保険組合押印欄			
常務理事	事務長		

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	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)	接種日	接種費用(消費税込み)	健保記入欄
	(氏)	(名)		令和 年 月 日	円	円
	(氏)	(名)		令和 年 月 日	円	円
	(氏)	(名)		令和 年 月 日	円	円
	(氏)	(名)		令和 年 月 日	円	円
	(氏)	(名)		令和 年 月 日	円	円
	(氏)	(名)		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)	接種費用合計金額	補助金合計
◇補助金額 2,000円 (2,000円に満たない場合は実費)		
◇補助回数 1人1回(12歳以下も同様)	円	円
◇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)	支給決定日	
◇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)	R 年 月 日	

※海外勤務者および帯同家族(共同健保加入)の対象期間と申請期間は通年です。

◇申請手順 ①接種後、医療機関で以下の内容を明記した領収書を受け取ってください。

・接種日・接種者氏名・ただし書きにインフルエンザ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、領収書は別々に依頼してください。別々の領収書が発行されない場合は、1枚の領収書に接種者の氏名と料金内訳の記入を依頼してください。

②申請書に「領収書(原本)」を添付し、健康保険組合に提出をお願いします。

③補助は給与口座に振り込みます。任意継続者は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)

【領収書貼付欄】

貼りきれない場合は裏面に糊付けをするか、紙を足していただくようお願いいたします。
紙を足した場合、左上も糊付けをお願いします。