

インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

下記の通りインフルエンザ予防接種を行いましたので、補助金の支給を申請します。

所属部署名	内線() 外線()	被保険者 記号-番号	被保険者氏名(申請者):自署
-------	----------------	------------	----------------

※補助の対象は、三菱ケミカル健康保険組合の健康保険証を持っている方です。

接種者氏名	生年月日(和暦)	回数 (該当に○)	接種日	窓口負担額	補助金 (事務局記入)
S・H・R	年 月 日	1回目	令和 年 月 日	円	円
		2回目	令和 年 月 日	円	円
S・H・R	年 月 日	1回目	令和 年 月 日	円	円
		2回目	令和 年 月 日	円	円
S・H・R	年 月 日	1回目	令和 年 月 日	円	円
		2回目	令和 年 月 日	円	円
S・H・R	年 月 日	1回目	令和 年 月 日	円	円
		2回目	令和 年 月 日	円	円
インフルエンザ予防接種1回につき 1,000円限度 (ただし、支払われた費用の範囲内)				補助金合計 (事務局記入)	円

(ただし、支払われた費用の範囲内)

- ・中学生以上の方についての補助は1回のみとなります。
 - ・小学生以下の方に限り、予防接種を2回受けた場合の2回目についても同様に補助します。
- 申請書は接種対象期間内に1回、被保険者・被扶養者分をまとめてご提出願います。
- ★2回接種を推奨するものではありません。医師と相談し接種願います。

領収書について【領収書(原本)は糊付けせず、ホッチキスで止めて申請書に添付して下さい。】

- ※1)領収書は**原本以外は無効**です。
- ※2)領収書の**原本は返却できません**。
- ※3)領収書の写しを必ずお手元に保管願います。

<領収証(原本)には以下の記載が必要です>

- いつ ……年月日(小学生以下の方で2回接種した場合は2回分)
- どこで ……医療機関名
- 誰が ……接種を受けた方の氏名(フルネーム)
- 何を ……インフルエンザ予防接種
- 接種費用 ……単価
- 医療機関領収印のあるもの

必ず接種した医療機関の事務員に記載してもらってください。

★請求上の注意

- 対象者 ……当健保組合の被保険者【本人】及び被扶養者【家族】(被扶養者でないご家族の方は対象外です。)
- 接種期間 ……令和2年10月1日から令和3年2月末までの予防接種分
- 請求 ……本人を含め、健保扶養家族の接種が全て済んでから請求してください。
- 提出期限 ……令和3年3月10日(水)必着 (不備なく受付できた申請書に限り、支給対象となります。)
- 提出先 ……以下の2つのパターンとなりますのでご注意ください。

①申請書提出時の保険証の記号が「1000」、「1001」、「820」の方

社内便 : (黒崎)化成フロンティアサービス(株) 予防接種担当宛
郵便 : 〒806-0004 北九州市八幡西区黒崎城石1-1
化成フロンティアサービス(株) 予防接種担当宛

②申請書提出時の保険証の記号が上記①以外の方

各事業所健保窓口 ※事業所の取りまとめに従ってください。

★退職予定者の方のみ

- ・申請後に退職予定の方は、給与への振り込みが出来ない為、下記に振込先を必ずご記入ください。
- ・ご記入が無い場合は、申請無効となりますのでご注意願います。

退職予定日	令和 年 月 日	退職予定
銀行名	支店名	種別
コード	コード	1普通 ・ 2当座
銀行	支店	口座名義人(※被保険者本人に限る)
	カ ナ	

事業所担当	処理担当
-------	------