

### 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 本社 ○○部 ○○課	内線((NNN-NNNN) 外線(03-1234-5678)	被保険者 記号-番号 1001 - 1234567	被保険者氏名(申請者):自署 健保 太郎
---------------------	-----------------------------------	------------------------------	-------------------------

※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)
健保 太郎	S・H・R 55年 1月 10日	1回目	令和 1年 11月 20日	3,500 円	円
		2回目	令和 年 月 日	円	
健保 花子	S・H・R 60年 3月 15日	1回目	令和 1年 11月 20日	3,500 円	円
		2回目	令和 年 月 日	円	
健保 小太郎	S・H・R 25年 4月 20日	1回目	令和 1年 11月 20日	3,500 円	円
		2回目	令和 1年 12月 15日	3,500 円	
健保 小次郎	S・H・R 1年 5月 1日	1回目	令和 1年 11月 20日	3,500 円	円
		2回目	令和 年 月 日	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)

- ・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  
記載してもらって下さい。

★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○年10月1日から令和○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○年3月10日(火)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。

下記記入例は、退職予定者の方のみご参照ください。

★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ください。

退職予定日	令和 2年 1月 31日	退職予定	
銀行名	支店名	種別	口座番号
コード 1 1 1 1	コード 2 2 2	1普通・2当座	1 2 3 4 5 6 7
ABC 銀行	×× 支店	口座名義人(※被保険者本人に限る)	
	カ ナ	ケンポ タロウ	

事業所担当	処理担当