

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)
-------	----------------	-----------------	-------------

接種者氏名	性別	続柄	回数 (該当に○)	接種日	窓口負担額	補助金 (事務局記入)
			1回目	平成 年 月 日	円	円
			2回目	平成 年 月 日	円	円
			1回目	平成 年 月 日	円	円
			2回目	平成 年 月 日	円	円
			1回目	平成 年 月 日	円	円
			2回目	平成 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	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)

{

中学生以上についての補助は1回のみとなります。

中学生未満の方に限り、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。

申請書は年度内に1回、被保険者の方が必ず被扶養者分も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。】

※領収書の写しを必ずお手元に保管願います。

★ 接種した医療機関が発行した「領収証(原本)」を貼り付けてください。(必須)

<領収証には以下の記載が必要です>

- いつ ……年月日
- 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)
- 接種期間 ……当年度10月から1月までの予防接種分
- 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 ……当年度1月末日 各事業所健保窓口必着

※提出先の注意 三菱ケミカル籍の方は「(黒崎)化成フロンティアサービス 予防接種担当宛」にお送りください。
社内便以外でご提出の場合は次の住所にお送りください。
〒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式会社 予防接種担当宛

事業所担当	処理担当