

| 健康保険組合 | | |
|--------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 扱 者 |
| | | |

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

私は個人情報の取扱いについて同意し、以下のとおり、補助金の支給を申請します。

手書きでお願い致します。
その他の項目はPC入力可能です。

※被保険者氏名・委任状欄は入力できません。手書きでお願いし

| | | | | | | | |
|----------|---|------------|------|--|------|--------------|---------|
| ① 被保険者情報 | 提出日 | 令和元年12月25日 | | ※下記の①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿ | | | |
| | 保険証 | 記号 | 80 | 番号 | 8888 | 被保険者氏名(フリガナ) | ケンポ タロウ |
| | | 被保険者氏名 | | 健保 太郎 | | | |
| | 会社名(事業所名) | 所属 | | | | | |
| | | 電話番号 | (内線) | (外線) | | | |
| 住所 | 〒000-0000 東京都00区0000町0-0-0 ※内容確認のための書類を送付する場合があります。受取可能な住所をご記入ください。 | | | | | | |
| 電話番号 | 090-0000-0000 ※平日の日中に連絡可能な電話番号を(内線不可)をご記入ください。 | | | | | | |

※接種内容は、被保険者(本人)1名の請求であっても、必ずご記入ください。

| ② 接種内容 | (フリガナ) 氏名 | 生年月日 | 接種日 | 接種費用(税込) | 備考 | 健保記入欄(補助金額) |
|----------------|----------------|--------------|--------------|------------|------------------------------|-------------|
| | (フリガナ) ケンポ タロウ | 健保 太郎 | 昭平 48年 1月 1日 | 令和元年11月20日 | 3,500 円 | 事業所にて接種 |
| (フリガナ) ケンポ ハナコ | 健保 花子 | 昭平 50年 2月 1日 | 令和元年11月10日 | 4,000 円 | | 2,000 |
| (フリガナ) ケンポ ケンタ | 健保 健太 | 昭平 15年 3月 1日 | 令和元年11月10日 | 4,000 円 | 接種費用(税込)を入力すると補助額が自動で計算されます。 | 2,000 |
| (フリガナ) ケンポ ヤスコ | 健保 保子 | 昭平 17年 4月 1日 | 令和元年11月10日 | 3,000 円 | | 2,000 |
| (フリガナ) ケンポ ヤスオ | 健保 康夫 | 昭平 23年 5月 1日 | 令和元年11月10日 | 3,000 円 | | 2,000 |
| | | | | 3,000 円 | | |
| | 合計 | | | | | 9,750 |

2回接種した場合は下段(2段目)に2回目をご記入下さい。

| | | |
|-------|----------------------------|--|
| ③ 委任状 | 工機ホールディングス健康保険組合 理事長 殿 | <p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">記入不要</p> |
| | 本請求に基づく給付金の受領を 年 月 日 氏名 | |

●添付書類:領収書(原本)

領収書には次の記載が必要です。



- ・接種者氏名(複数の方が接種した場合は全員の氏名)
- ・接種日
- ・接種費用(単価)
- ・医療機関名. 医療機関印
- ・但書「インフルエンザ予防接種代」(予防接種のみでは不可)

※事業所内接種等において、接種費用が給与引去りの場合は領収書の添付は不要です。
上記②接種内容の備考欄に「事業所内にて接種」とご記入下さい。

| 健康保険組合記入欄 | 受付日 | 出納日 |
|-----------|-----|-----|
| | | |