

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係			
			資格取得	昭和・平成・令和	年 月 日
			資格喪失	令和	年 月 日
			備考		

※上記は記入しないで下さい

インフルエンザ予防接種費用補助申請書

令和 **X** 年 **X** 月 **XX** 日申請

日本無線健康保険組合 御中

※被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書(R7.12.1 までは健康保険証)、④事業所の健康保険担当部門(担当者)のいずれかでご確認ください。

被保険者名		健保 太郎		*被保険者等記号・番号		記号 1010	番号 9999
接種者氏名		続柄	接種日	接種金額	健保使用 ※記入しないでください		
1	健保 太郎	本人	令和 X 年 10 月 3 日	3,000 円			円
2	健保 花子	妻	令和 X 年 11 月 20 日	3,000 円			円
3	健保 一郎	子	令和 X 年 11 月 20 日	1,500 円			円
4			令和 年 月 日	円			円
5			令和 年 月 日	円			円
6			令和 年 月 日	円			円
				合計			円

<注意事項>

- 補助の対象
 - 接種した日に当健康保険組合の加入者であること
 - 当該年度**10月1日から12月31日まで**に接種したもの
- 領収書(コピー不可)の原紙を接種者順に重ねて左上にホッチキス止めしてください。レシートは不可です。
- 領収書は**一人につき一枚ずつ必要**です。次の項目を明記してもらってください。
 - 接種者氏名(フルネーム)
 - 接種年月日
 - ワクチンの内容(インフルエンザ予防接種と明記してあること)
 - 領収金額(他の項目と一緒にの場合は予防接種の金額がわかること)
 - 医療機関名と印
- 被保険者単位で年度内 1 回限りの申請**となります。被保険者・被扶養者をまとめて申請してください。2回目以降の申請は、受理できませんのでご注意ください。
- 補助額は1人当たり3,000円まで。(2回接種した場合でも1回分のみ)
- 補助金は、会社を経由してお支払いします。そのため、請求は会社経由です。この申請書は、**各所属担当者**に提出してください。
- 申請期限は当該年度**1月31日(健保組合必着)**です。