

健保使用欄	支払金額	1,000円/2,000円/	円	申請回数	1回・2回
-------	------	----------------	---	------	-------

ご自身の記号番号は①～③のいずれかでご確認ください。

- ①マイナポータル
- ②資格情報のお知らせ
- ③資格確認書

御中

令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日提出

インフルエンザ予防接種 補給金申請書

ごで知り得た個人情報は、当健康保険組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません*

被保険者等	記号	3	1	1			被保険者氏名	健保 太郎
	番号	1	2	3	4	5		
事業所名(出向元会社名) ※任継の方は「任意継続」と記入		○○○○株式会社						
電話番号 *日中連絡可能な番号を記入		03	-	1234	-	5678	アドレスコード ※持っている方のみ	TK○○○

下記の通り、インフルエンザ予防接種を受診したので補給金の支給を申請します。

なお、補給金の受領を上記事業所に委任します。

(※任意継続被保険者は、申込時に届け出た金融機関へ直接振り込まれます。)

接種を受けた被扶養者の氏名(フリガナ)		性別	生年月日				年齢				
ケンポ イチロウ 健保 一郎		(男)・女	平成 令和	○	年	△	月	◇	日	生	6 歳
予防接種を受けた日	1回目	令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日	2回目	令和 ○ 年 △ 月 ◇ ◇ 日	※今年度初めて申請される方は「1回目」に、2回目の申請をされる方は「2回目」に、 2回分まとめて申請される方は、「1回目」・「2回目」の両方に日付をご記入ください。						
	△△△△病院										

☆届出上の注意

- 1回目
 - 2回目
1. 予防接種を受けた年度末時点において13歳未満の被扶養者の方が対象となります。
2. 領収証(原本)を裏面に糊付けしてください。(領収証は返却いたしません。必要な方は事前に控えをお取りください。)

【領収証に必要な記載項目】

- ① 予防接種を受けた方の氏名
- ② インフルエンザ予防接種の費用である旨
- ③ 予防接種を受けた日

* 領収証に必要事項の記載がない場合は、医療機関等にて記入を依頼してください。

* 領収証に必要な記載項目がなく、明細書等に記載がある場合は、領収証原本と明細書と一緒にご提出ください。

3. 申請は予防接種を受けた日から2ヶ月以内に行ってください。
4. 申請書は各事業所担当者を経由し(三井物産のお勤めの方および任意継続被保険者は直接)健康保険組合へ提出してください。
5. 健保資格喪失後に補給金の申請をされる方は、振込口座を健康保険組合へご連絡ください。

【申請前チェックシート】(インフルエンザ予防接種 補給金申請用)

健保組合提出不要

申請前に提出書類が揃っているか、書類の未記入等がないか再度確認してください。

※書類の記入もれや不備がある場合は、手続きを進めることができません。

(チェックシートは提出不要です。申請前の確認にご利用ください。)

NO	チェック欄	提出書類	チェック項目
1	<input type="checkbox"/>	『インフルエンザ 予防接種 補給金申請書』	予防接種を受けた被扶養者の年齢は、年度末時点において <u>13歳未満</u> ですか？
2	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	『領収証』 (原本)	申請前の確認にご利用ください。
6	<input type="checkbox"/>		
7	<input type="checkbox"/>		領収証は申請書の裏面に糊付けしてありますか？