

常務理事	事務長	担当者	担当者

インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書

下記の注意事項に同意のうえ、インフルエンザ予防接種費用補助金の支給を申請します。

※最終接種日から1ヶ月以内に当健康保険組合にご提出ください。

				令和	年	月	日	提出	
被保険者情報	被保険者証の 記号番号	記号	番号	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 電話 ()							

申請内容	予防接種を受けた方の氏名	続柄	接種年月日 【2回接種した場合は、2回目もご記入ください。】	支払った費用	健保使用欄 (補助金額)
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
申請金額計				円	円

振込先情報	金融機関名称	銀行 信用金庫			本店 支店	支店番号	
	預金種別	普通 当座	その他 ()	口座番号	口座名義 (カタカナ)		

- (注意事項)
1. 補助金額は、加入者1人につき当該年度上限2,000円(税込)です。上限に満たない場合は実費額を補助します。

2. ご家族様(被扶養者)も接種された場合は接種者全員分をまとめて申請してください。

3. 振込先金融機関については、被保険者名義の口座を記入してください。

4. 提出の際は、この申請書に、医療機関が発行した「領収書(原本)」を添付してください。

(1) 領収書には、以下の記載があることを確認してください。

①領収日、②接種者の氏名、③領収金額、④医療機関名、⑤「インフルエンザ予防接種代」と記載してあること。

(2) 領収書が家族と併せて1枚の場合は、接種者全員の氏名と接種単価を記入してもらってください。

(3) 領収書は返却いたしませんのでご了承ください。

5. インフルエンザ予防接種は、毎年10月1日から翌年2月末日までに接種を受けたものが対象です。

6. 上記期間以外に接種した場合や提出期限(3月末日)を過ぎてから届いた申請は受付することができませんのでご注意ください。

受付日付印
- 提出先／お問い合わせ先
〒489-0044
愛知県瀬戸市栄町45 パルティセと108
(株)バリューHR 瀬戸オペレーションセンター
インフル受付係 セラクグループ健保組合 担当
TEL 0561-56-7026