

平成29年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

5

申請期間：平成29年10月11日～平成30年3月12日（当健保組合必着）

接種期間：平成29年10月 1日～平成30年2月28日（接種日時点で当健保加入者に限ります）

この申請書に必要な事項をご記入のうえ、領収書(A)（この申請書の裏面にあります）または領収書(B)（医療機関が発行した領収書の事です）のいずれかを医療機関に発行してもらい、申請書と一緒に健保組合健康管理課インフルエンザ係まで送付してください。

※在職中の被保険者は対象ではありません（育児休業中なども含まれます）ので、ご注意ください。任意継続被保険者は対象です。

領収書(B)の注意点（①～⑥全項目がないと受付できません。）

① 医療機関が発行した領収書（原本）

医療費明細書のみや、接種済証のみでは受付できません。

② 接種年月日

接種日が不明・不明瞭では受付できません。

③ 接種者氏名 ④インフルエンザ接種料金

接種者の漢字間違いがあった場合は受理できません。

複数名分の料金を1枚の領収書にまとめる場合は、それぞれの氏名と料金が明確になっている必要があります。

領収書(B)例 ① 領収書

② 平成29年10月10日

③ 川崎 花子 様 3,500円 ④

川崎 太郎 様 7,000円

⑤ 但し、インフルエンザ予防接種代として

⑥ ○○○○病院 印

⑤ 領収書にインフルエンザの予防接種代であることの明記 明記されていない場合は、インフルエンザの予防接種代である事が明記されている医療費明細書を領収書とあわせて添付していただければ幸いです。明細書等がない場合は、医療機関にて領収書に手書きで追記していただき、病院代表者の印もしくは、受付担当者の印の押印をお願いしてください。

⑥ 医療機関名 領収印の欄がある場合は領収印がなければ受付できません。

1. 申請者（被保険者）

太枠内 1. ～3. を記入してください。

保険証	記号	8	0	1	会社名	川崎重工業(株)	
	番号	×	×	×		×	×
被保険者	フリガナ	ケンポ		タロウ		所属	○○カンパニー△△部□□課
	氏名	健保		太郎			連絡先 (内線可)

2. 振込先金融機関（ゆうちょ銀行以外でお願いします）

銀行名	○○○	銀行	信金	農協	労金	その他	分類	普通	当座
支店名	△△△	支店	本店	出張所	← ↑ 下線部分は該当するものを○で囲ってください ↑ 口座名義は必ずお勤めの被保険者(本人)名義に限ります ↓				
口座番号 (右詰め)	×	×	×	×	×	×	口座名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ	

3. 接種者情報（在職中の被保険者は対象ではありませんのでご注意ください）

	接種者氏名		続柄	生年月日			領収書合計金額	補助金支給額
	姓と名をそれぞれの欄にカタカナで記入してください		妻・長女 二男など	昭和・平成どちらかを選び 和暦で書いてください			2回接種の場合 その合計を記入	上限額は 4,000円です
記入例 1	カワサキ	ハナコ	妻	昭和	平成	60年10月2日	3,500円	3,500円
記入例 2	カワサキ	タロウ	長男	昭和	平成	22年7月5日	7,000円	4,000円
1人目	ケンポ	ハナコ	妻	昭和	平成	55年5月29日	3,000円	3,000円
2人目	ケンポ	イチロウ	長男	昭和	平成	14年1月16日	4,000円	4,000円
3人目	ケンポ	ジロウ	二男	昭和	平成	19年4月11日	6,000円	4,000円
4人目				昭和	平成	年 月 日	円	円
5人目				昭和	平成	年 月 日	円	円

健保使用欄				-			区分	1	種別		人数	E-
-------	--	--	--	---	--	--	----	---	----	--	----	----