

平成26年度インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書

インフルエンザ予防接種後、以下の太枠内全てご記入の上、領収書(原本)を裏面にセロハンテープで貼付してSCSK健康保険組合までご郵送ください。(社内便でのご提出も可能です。)
補助金は平成27年3月の各社の給与振込日または小口金を利用してお振込みいたします。

■被保険者の方の情報をご記入ください。※忘れずに押印くださいますようお願いいたします。

保険証 記号番号	記号	番号	フリガナ		生年月日
性別	男	女	被保険者 氏名	印	S H 年 月 日
住所	〒				日中の連絡先

■ 予防接種を受けた方全員の情報をご記入ください(被保険者も含む)

No.	フリガナ 氏名	性別	生年月日	接種日	補助金申請額
①		男	S H 年 月 日	月 日	円
		女		月 日	
②		男	S H 年 月 日	月 日	円
		女		月 日	
③		男	S H 年 月 日	月 日	円
		女		月 日	
④		男	S H 年 月 日	月 日	円
		女		月 日	
⑤		男	S H 年 月 日	月 日	円
		女		月 日	
申請金額の上限は1人につき3,000円(税込) (接種費用が3,000円未満の場合は実費が上限)				補助金申請額合計	0 円

申請書提出期間:平成26年9月1日(月)～平成27年2月13日(金)SCSK健保必着
期限を過ぎるとお支払いが出来なくなりますのでご注意ください

【郵送先】※社内便可
〒107-0062 東京都港区南青山2-26-1 SCSK青山ビル2F TEL:03-6438-4005
SCSK健康保険組合 保健事業担当 宛

【提出前に再度ご確認ください】

以下の項目の記載内容に不足がある場合、補助金をお支払いできない場合があります。

- ☐接種日は平成26年9月1日～平成27年1月31日の補助対象期間内ですか？
- ☐申請書に記載もれ、押印もれはありませんか？
- ☐領収書(原本)は添付しましたか？※明細書のみでは支給できません
- ☐領収書には『受診者氏名』『インフルエンザ予防接種費用』の記載はありますか？