

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。補助金のお振込みは平成27年3月末払いとなります。

■被保険者の方の情報、お振込みご希望の金融機関口座をご記入ください。※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 100	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
振込先	銀行				本店・支店
	銀行コード ()		支店コード ()		
口座	当座預金・普通預金		口座番号		
口座名義人 (カタカナで)					

■ 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 年 月 日	月 日	円
		女	H 年 月 日	月 日	
②		男	S 年 月 日	月 日	円
		女	H 年 月 日	月 日	
③		男	S 年 月 日	月 日	円
		女	H 年 月 日	月 日	
④		男	S 年 月 日	月 日	円
		女	H 年 月 日	月 日	
⑤		男	S 年 月 日	月 日	円
		女	H 年 月 日	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	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？