

# 2024年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

- 必要事項にもれなくご記入の上、(株)イーウェルまで送付してください。
- 領収証は本申請書の裏面に貼付してください。

## ▼被保険者(申請者)の情報

被 保 険 者	所属団体	7134 味の素健康保険組合		
	住所	〒 - 都道府県 市区町村		
	フリガナ	(セイ) (姓)	(メイ) (名)	
	氏名			

申請日	20 年 月 日		
保険証記号	※左寄せでご記入ください		
保険証番号	※左寄せでご記入ください		
生年月日(西暦)	年 月 日		
日中連絡先	携帯 自宅 会社	-	-
連絡可能時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> いつでも可		

個人情報の取扱いへの同意 (ご案内ページの最終項目参照)	<input type="checkbox"/> 同意しました。
---------------------------------	----------------------------------

※同意いただけない場合、審査を開始できない為、補助金の支給が致しかねます。

## 注意事項

### インフルエンザ予防接種補助金申請

補助対象者: 味の素健康保険組合の加入者(※予防接種を受ける際に組合員資格を喪失されている場合は補助されません)

補助対象接種期間: 2024年10月1日~2025年1月31日

補助申請期間: 2024年10月1日~2025年2月28日(必着)

補助金額: 2,500円(税込)

※補助金の支給は年度内1人1回限りです。

※接種費用が補助金額を下回る場合は実費を補助いたします

## ▼補助金を申請する方の情報をご記入ください ※複数回接種の場合は、費用支払いが一括でも毎毎に記入してください

接種者氏名			続柄	予防接種名/接種日(西暦)	接種費用[税込]
フリガナ	(セイ) (姓)	(メイ) (名)		接種名 インフルエンザ 20 年 月 日	円
氏名					
フリガナ	(セイ) (姓)	(メイ) (名)		接種名 インフルエンザ 20 年 月 日	円
氏名					
フリガナ	(セイ) (姓)	(メイ) (名)		接種名 インフルエンザ 20 年 月 日	円
氏名					
フリガナ	(セイ) (姓)	(メイ) (名)		接種名 インフルエンザ 20 年 月 日	円
氏名					
フリガナ	(セイ) (姓)	(メイ) (名)		接種名 インフルエンザ 20 年 月 日	円
氏名					
フリガナ	(セイ) (姓)	(メイ) (名)		接種名 インフルエンザ 20 年 月 日	円
氏名					

※記入欄が足りない場合、コピーしてご利用ください。

## 株式会社イーウェルにおける個人情報の取り扱いについて

お客様からご提供いただきました全ての個人情報は、お客さまの所属法人・団体等の各種制度の受付、幹旋品の購入受付のため、及び、問合せ対応のために利用し、その利用目的の範囲内で、当社基準で選定した企業に委託する場合がございます。

また、下記利用目的の範囲内で、安全対策(パスワード等)を施した上で第三者に提供する場合がございます。

- ・サービス利用の手配、利用料金の請求等の目的で、当社と個人情報に関する契約を締結したサービス提供会社・施設等へ提供する場合。
- ・サービスの利用状況報告・請求の目的で、お客様の所属法人・団体等へ提供する場合。

なお、お客様が本サービスを利用した場合、そのご利用結果についてサービス提供会社・施設等より、当社は第三者提供を受けます。

個人情報のご記入はおお客様の任意ですが、必要項目を記入されない場合、サービスの全部または一部をご利用いただけない場合がございます。個人情報に関する開示等、苦情・相談に関しては下記にご連絡ください。

〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町3番6号 株式会社イーウェル「個人情報お問合せ窓口」(privacy@ewel.co.jp)

当社は経営管理本部長を個人情報保護管理者としております。

## 領収証はこちらに貼付してください

貼付の際には用紙サイズに収まるようにお願いします。縦横どちらでもかまいません。

(領収証は返却出来かねますので予めご了承ください)

領収証の必須項目をご確認ください。

【領収証必須項目】 ※必ず原本を貼付してください

- ① 接種者の個人名(フルネーム)
  - ② 接種年月日
  - ③ 医療機関の住所・名称・領収印
  - ④ 接種費用
  - ⑤ インフルエンザの予防接種代を示す記載
- ※【インフルエンザ】の記載がないものは受付できません

領 収 証		②
①	味野 花子 様	〇〇〇〇年〇月〇日
④ ￥ 2,500		但し書きに【インフルエンザ】の記載がないものは、受付できません。
⑤	但 インフルエンザ予防接種代として上記正に領収いたしました	
東京都〇〇区〇〇町1-1 イーウェル医院 医院長 イーウェル 太郎		③ 印
領収証例		

・同型でなくて結構です。必須項目をご確認ください。

・領収証1枚あたりに複数名分が含まれる場合は、接種者ごとに氏名・接種費用の記載が必要になります。

・領収証と明細が分かれている場合は両方貼付ください。

申請書送付先

〒699-0203 島根県松江市玉湯町布志名767番31

株式会社イーウェル 健診事務センター 予防接種担当宛

申請書問合せ先

株式会社イーウェル 健診事務センター

TEL:0570-057054 (受付時間 9:30~17:30 休業日 土・日・祝日・12/29~1/4)

※個人情報保護の観点から、申請されるご本人様以外からのお問合せはお受けできない場合がございます。