

ダイセル健康保険組合 行き
(各事業場インフルエンザ予防接種補助担当者経由)

インフルエンザ予防接種 補助申請書

申請できるのは、接種日にダイセル健康保険組合加入の被保険者と被扶養者のみです。

一年度(4月～翌年3月)に接種者一人当たり一回限りです。

健康保険組合からの補助は上限2,000円とし、越える場合は自己負担となります。

但し、費用が2,000円以下の場合は、実費額補助となります。

下記に、ご記入の上、領収書を裏面にのりづけし、事業場担当者へ提出してください。

(接種者の氏名、金額、接種年月日、インフルエンザ予防接種を受けたことがわかる領収書を糊付けしてください)

被保険者分(ご本人)の申請については、必ず1行目に記載してください。被保険者分の申請がない場合は、記載しないでください。

【被保険者記入欄】

被保険者証		被保険者氏名コード		事業場			会 社 使 用 書 チ ェ ッ ク
記号	番号						
	氏名	続柄	性別	生年月日	接種日	領収書金額	
接種者		本人	男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>
接種者			男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>
接種者			男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>
接種者			男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>
接種者			男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>
接種者			男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>
接種者			男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>

ダイセル健康保険組合理事長殿

上記の通り、インフルエンザ予防接種補助を申請します。

年 月 日

被保険者氏名 _____