

## 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。

(接種者ご自身が領収書に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)  
健康保険証の氏名の上を  
被保険者は、必ず1人  
任意継続者は記入不要  
保険者分の申請がない場合

在籍会社名と勤務地を記入

任意継続者は「任意継続」と記入

### 【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(領収書使用欄) チェック	
記号	番号							
接種者		本人	男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円 □	本人の申請がない場合は 記入不要	
接種者			男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円 □		申請する扶養家族を記入 同時に6名分の申請ができます
接種者			男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円 □		
接種者			男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円 □		
接種者			男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円 □		
接種者			男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円 □		
接種者			男・女	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円 □		

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

申請日、署名

被保険者氏名