← 領収書とめ箇所（クリップまたはホチキスで表面にとめてください）

被扶養者・任意継続被保険者対象

2018年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

新日鐵住金健康保険組合　御中

提出日：　　年　月　日

★提出期限：2019年2月28日(木)必着

インフルエンザ予防接種時の領収書（原本）を左上にとめて、以下のとおり申請します。

※太枠内にご記入ください。

健康保険被保険者証 保険証の氏名の上にある記号ー番号を記入		被保険者氏名（社員本人または任意継続の方）	
記　号（4桁）	番　号（06133102ではありません）		
	—	印 （氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要）	
会社名・所属 （任意継続の方は不要）	会社名： 所　属：	TEL	（日中の連絡先）申請内容や口座確認時使用
自宅住所 （不備の際の返送先）	〒		

(注)被接種者氏名（フルネーム）	生年月日	実施日①	実施日②	支払金額
	昭和・平成　年　月　日	月　日	月　日	円
	昭和・平成　年　月　日	月　日	月　日	円
	昭和・平成　年　月　日	月　日	月　日	円
	昭和・平成　年　月　日	月　日	月　日	円
	昭和・平成　年　月　日	月　日	月　日	円
	昭和・平成　年　月　日	月　日	月　日	円
インフルエンザ予防接種料合計（支払金額の合計）				円

※領収書またはレシートの原本（どちらの場合も下記「必須項目」が記載されているもの）を必ず提出してください。

《領収書必須項目》
①被接種者氏名（フルネーム）
②接種内容：「インフルエンザ予防接種」の記載。
③接種年月日
④支払金額
⑤医療機関名
⑥医療機関の印（押印がない場合は、なくても結構です）

(注)被保険者（社員本人）は、補助金の申請対象とはなりません（ご案内1参照）。
任意継続被保険者は対象なので、接種された方は記入してください。

補助金額（申請者がご記入ください）	円

（説明）健保からの補助は1,000円/回・人を上限とし、中学生以上1回、小学生以下2回を限度とします。1,000円未満は実費を補助。

フリガナ				
口座名義人	被保険者（社員本人または任意継続の方）の名義とします			
金融機関	フリガナ 銀行・信用組合・信託銀行・労働金庫・信用金庫・農協	支店・出張所・店名	預金種目	口座番号
	金融機関コード（インターネットで検索できます）	支店コード（店番）	普通	

(注)被保険者（社員本人または任意継続の方）の銀行口座を指定してください。

（注）記入漏れがありますと、振込ができなくなります。

※ゆうちょ銀行を指定いただく場合は、必ず振込用の店名（漢数字3桁）・預金種目・口座番号をご記入ください。
三菱UFJ銀行より振込のため、ゆうちょ銀行の「記号（5桁）」「番号（8桁）」では振り込むことができません。

（個人情報の取り扱い）この申請書に記載の個人情報は、インフルエンザ予防接種補助金支払い事務のみに使用します。