

※申請書を作成される前にご確認ください。

会社のメールアドレスをお持ちの方は、社内ポータルサイト内にある、



プリマハム健康保険組合電子申請システム

より申請をお願いします。

以下の方は次ページ以降の申請書（紙媒体）をご提出ください。

- ・会社のメールアドレスをお持ちでない方
- ・長期休職中の方
- ・海外出向者の方
- ・任意継続の方

代理入力用

申請日 令和 年 月 日

本人申請用

「インフルエンザ予防接種費用補助申請書」

本申請書に関し、電子申請の代理入力を事業主へ依頼します。

(申請者本人の署名)

事業所名				
所属名				
記号・番号	記号		番号	
受診者氏名				
接種日				
医療機関名				
接種料金	円(領収書の金額)			
費用補助料金	円(上限2,500円)			
利用内容	インフルエンザ予防接種費用補助として			

※インフルエンザ予防接種費用補助を申請する場合、裏面に「領収書」の原本を添付してください。

※インフルエンザ予防接種費用補助を受けられる対象者は、当健康保険組合に加入している被保険者(本人)となります。

※補助金額は、1人当たり金額2,500円(税込み)が上限となります。

(予防接種費用が2,500円未満の場合には実費を補助します。)

振込先口座については以下いずれかを選択してください。

☐ 上記において事業主経由での支給を了承しました。⇒下記振込先口座欄記載不要

☐ 上記①以外の場合、下記振込先口座について記入して下さい。

※日本国内の口座のみとなります。海外送金はいりません。

送金先	銀行 信用金庫 信用金庫	支店								
	.普通 .当座	口座 番号								
口座 名義	フリガナ									

【事業所担当者は以下ご対応ください】

- 本申請書の原本を健保組合へ提出してください。
- 領収証の画像をワークフロー内指定箇所へ添付してください。

事業所 担当者

領収書添付欄

ここに領収書を貼付してください