

事業所	担当者

## インフルエンザ 予防接種費用補助金支給申請書(一般用)

提出日	令和 年 月 日				
被保険者証 記号・番号	-		被保険者氏名	フリガナ	
会社名					
<ご確認ください>①~⑥記入漏れ・記入間違いのないようご記入ください					
①接種された方の氏名 (*カナ、漢字必須です)	②性別	③生年月日		④続柄	⑤接種日
(カナ)	男・女	昭和		本人	令和 年 月 日
(漢字)		平成 年 月 日			
		令和			円
▼ここから下は <b>サンヨー健保加入のご家族分</b> をご記入ください。(上の欄は被保険者が接種した場合に記入)					
(カナ)	男・女	昭和			令和 年 月 日
(漢字)		平成 年 月 日			
		令和			円
(カナ)	男・女	昭和			令和 年 月 日
(漢字)		平成 年 月 日			
		令和			円
(カナ)	男・女	昭和			令和 年 月 日
(漢字)		平成 年 月 日			
		令和			円
(カナ)	男・女	昭和			令和 年 月 日
(漢字)		平成 年 月 日			
		令和			円
<備考欄>				<ハートリンクス記入欄> 補助金額合計	
				円	

\*当健保組合では、インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請に関する業務をハートリンクス株式会社へ委託しています。  
この申請書を提出いただくことで当健保組合の個人情報の利用目的に同意されたものとして取扱いますので、ご了承ください。

### 領収書貼りつけ欄 (コピー・レシート不可)

#### ●領収書をご確認下さい！

- 原本を添付してください(コピーやレシートは不可)
- 接種対象者氏名はフルネームで記載
- 接種日
- 医療機関名(印のあるもの)
- 接種費用
- インフルエンザ予防接種の代金である旨が明記(「ワクチン」のみは不可)

#### ●注意事項

- ・補助の対象は、**接種日にサンヨー健保の被保険者および被扶養者の資格がある方となり1人につき1回限りです。**  
補助対象外の場合でも**申請書に添付された領収書は返戻できませんのでご注意ください。**
- ・自己負担金額が**2,000円未満の場合は補助はできません。**
- ・他制度(市区町村等)から補助を受けることができる場合は、その制度が優先となります。  
他制度の補助を優先した後、2,000円以上の自己負担がある場合は1,000円を支給します。

接種された**サンヨー健保ご加入のご家族分**まとめて申請して下さるようお願いいたします。

(領収書はこの欄に糊付けして下さい。貼りきれない場合は裏面または個人でご用意頂いた用紙に糊付けして下さい。)