

健保決裁欄	常務理事	検	検	担当者

受付印

補助金 支給決定額	円
--------------	---

支給年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書(任継用)

提出日	令和 年 月 日				
※必須 健康保険 記号・番号	9020 -	被保険者氏名	フリガナ		
※健康保険 記号・番号は、マイナポータル・資格確認書・資格情報のお知らせでご確認の上必ずご記入ください。					
住所	〒 - 都道府県 郡市 区町村				
電話番号	マンション・アパート名 ()				
自宅 - - 携帯 - -					
<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	⑥接種費用
(カナ)	男・女	昭和	本人	令和 年 月 日	円
(漢字)		平成 年 月 日			
▼ここから下はご家族の申請分をご記入ください。(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	円
(漢字)		平成 年 月 日			
(カナ)	男・女	昭和		令和 年 月 日	円
(漢字)		平成 年 月 日			
(カナ)	男・女	昭和		令和 年 月 日	円
(漢字)		平成 年 月 日			
(カナ)	男・女	昭和		令和 年 月 日	円
(漢字)		平成 年 月 日			
<備考欄>					<ハートリンクス記入> 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。
- * 訂正箇所には、訂正印を押印してください。
- * 裏面の注意事項等をお読みいただき、ハートリンクス(株)宛に郵送してください(郵送先は裏面に記載)

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及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。（お子様（13歳未満）の2回接種、医師の判断等での接種についても同様）
補助対象外の場合でも申請書に添付された領収書は一切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。

[申請書送付先]

〒541-0043

大阪府大阪市中央区高麗橋2-2-7東栄ビル6階

サンヨー連合健康保険組合（ハートリンクス株）インフルエンザ担当者宛

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個人でご用意頂いた用紙に糊付けして下さい。）