

インフルエンザ予防接種補助金申請書(海外勤務者用)

提出期限: 2月28日(TOYO TIRE健康保険組合必着)

申請日: 令和 6 年 12 月 1 日

| | | | | | | | |
|------------|----------------------------------|-------|------|--------|-------------------------|------------------------|-----|
| 被保険者証の記号番号 | 記号: 11 番号: 12345 | 従業員番号 | 9999 | 被保険者氏名 | (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 | 所属先 | TTM |
| 被保険者住所 | 〒0000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇-〇〇〇 | | | | 受診月の社内(TTM)レート | 1回目 33.50 2回目 33.00 | |

| 接種を受けた者の氏名 | 続柄 | 生年月日 | 接種日 | 接種費用(税込) | | ※事務局使用欄 記入しないでください。 |
|------------|----|------------------|----------------|----------|--------------------|------------------------|
| | | | | 現地通貨 | レート換算 2回接種時は合計額 | |
| 健保 太郎 | 本人 | 昭和58年4月25日 平成 | 1回目 令和6年11月15日 | 60.00 | 2,010 円 | 円 |
| | | | 2回目 令和 年 月 日 | | | |

※本人が未接種の場合、又は事業所での集団接種を受けられた方は、本人欄は空欄で提出をお願いします。

| | | | | | | |
|-------|----|---------------------|---------------|-------|---------|---|
| 健保 花子 | 妻 | 昭和60年8月10日 平成 令和 | 1回目 令和6年11月1日 | 60.00 | 2,010 円 | 円 |
| | | | 2回目 令和 年 月 日 | | | |
| 健保 一郎 | 長男 | 昭和26年6月22日 平成 令和 | 1回目 令和6年11月1日 | 60.00 | 3,990 円 | 円 |
| | | | 2回目 令和6年12月1日 | 60.00 | | |
| 健保 一子 | 長女 | 昭和28年10月3日 平成 令和 | 1回目 令和6年11月1日 | 60.00 | 3,990 円 | 円 |
| | | | 2回目 令和6年12月1日 | 60.00 | | |
| | | 昭和 年 月 日 平成 令和 | 1回目 令和 年 月 日 | | | |
| | | | 2回目 令和 年 月 日 | | | |
| | | 昭和 年 月 日 平成 令和 | 1回目 令和 年 月 日 | | | |
| | | | 2回目 令和 年 月 日 | | | |
| | | 昭和 年 月 日 平成 令和 | 1回目 令和 年 月 日 | | | |
| | | | 2回目 令和 年 月 日 | | | |

・受診した月の社内レートを適用してください。
・1円未満は四捨五入してください。

【請求にあたってのご注意】※次のいずれかに該当する場合、補助金支給対象となりませんのでご注意ください。

- 接種日に組合員の資格を有していない場合。
- 補助対象期間(10月1日から翌年2月20日)以外の日に接種した場合。
- 補助金申請書が提出期限の2月28日以降に健保組合に到着した場合。(期限を過ぎたものは受け付けません。)
- その他請求書および添付書類に不備がある場合。
- 厚生労働省で認可されていないインフルエンザ予防ワクチンは補助の対象外となります。

【対象者】

被保険者と被扶養者。(事業所での集団接種を受けられた方は対象外)

【添付書類】医療機関発行の領収書の原本(以下のことを確認して申請書の裏面に糊付けしてください)

- 接種者氏名、金額、インフルエンザ予防接種である旨が記載されていること。
- 接種者が複数の場合、接種者名ごとの内訳金額が記載されていること。
- 金額のみ記載しているレシートの領収書は不可。
- 領収書と明細が分かれている場合は、両方添付してください。

【補助金支給方法】

補助金申請書が健保に到着後、任意継続以外の方は、原則翌々に給与と合わせての支払処理となります。

【補助額】

1人3,000円を上限とし、3,000円未満の場合は実費を支給します。(2回接種の場合は合計額が対象)

【申請回数】

世帯でまとめて期間中に1回申請してください。

【提出先】

〒664-0847 兵庫県伊丹市藤ノ木2丁目2番13号 TOYO TIRE健康保険組合 宛
<社内便の場合> (H)-KE (本社-TOYO TIRE健康保険組合)

TOYO TIRE健康保険組合(以下、当組合という)は、インフルエンザ予防接種補助金申請書(以下、本申請書という)により取得する個人情報について、以下の通り取り扱います。

1. 概要 当組合は、本申請書を通じて利用者から氏名、生年月日その他の個人情報(以下、個人情報という)を収集し、保有及び利用します。当組合は本書に基づき、個人情報を適切に管理及び利用するものとします。

2. 情報の取得者、利用主体 TOYO TIRE健康保険組合

3. 利用目的 当組合は、個人情報を被保険者および被扶養者に対するインフルエンザ予防接種補助金交付及び交付に必要な手続の目的のために利用します。

4. 第三者提供、処理委託

①当組合は、個人情報を第三者に提供しません。

②上記にかかわらず、当組合は本申請書作成を委託するため、株式会社ケーシーuppへ個人情報の取り扱いを委託します。

5. 問い合わせ先 個人情報の取り扱いに関する問い合わせ、個人情報の利用停止等の請求については、以下の窓口で受け付けます。

TOYO TIRE健康保険組合(電話番号:072-789-9118 健保事務局メールアドレス:kenpoh905@toyotires.co.jp)

裏面に領収書を貼ってください。



〔受付日付印〕