

本件支給決定のうえ支払して よろしいか	常務理事	事務長	担当者	支給決定額

インフルエンザ予防接種費用補助金申請書〔被保険者用〕

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の		記号		事業所の 名 称										
			番号												
	接種者 氏 名				接種者 生年月日	年 月 日	接種費用 ¥								
	接種日	年 月 日			接種した 医療機関名										
	事業所実施の予防接種を 受けることができなかった理由				1. 所属事業所で実施がない 2. 出張、出向等業務上の理由 3. 体調不良 4. 任意継続 5. その他〔理由：〕										
	上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を請求いたします。 (※申請には領収書のコピーが必要です。必ず下記の注意事項をご一読ください。)														
	ユニチカ健康保険組合 常務理事殿 年 月 日 〒 □□□□ - □□□□ 住 所 被保険者 氏 名 電 話 () -														
	確認欄(チェック☑をお願いします)				☐ この届出については、申請者本人(被保険者)が作成したものである										
	※事業所に在職している方は、事業主経由での受け取りとなるため、 <u>1. を○で囲み、下記の日付、被保険者氏名を記入してください。</u> 下記、振込先の記入は不要です。														
	※任意継続又は補助金支給日に被保険者資格を喪失している方は、この欄は記入せず、 <u>下記の振込先をご記入ください。</u>														
補 助 金 の 受 け 取 り 方 法	1. 上記、補助金の受領を事業主に委任します。														
	2. 上記、補助金の受領を 住 所 氏 名 に委任します。														
	年 月 日 被保険者氏名														
	振込先	金融 機関名	(カナ) 銀行・労働金庫 本店 (漢字) 信用金庫 支店 信用組合・農協												
	※任意継続又は 被保険者資格を 喪失している方 のみ記入	預金の 種類	1. 普通	2. 当座	口座番号										
		口座 名義人	(カナ) (漢字)												

【注意事項】

■補助金の対象者は、接種日に当健保組合の資格がある被保険者です。(ご家族分は申請できません)

■補助金対象となるのは、当年10月1日から12月31日に受けた予防接種です。

■申請期限は、当該年度の1月31日です。
※申請期限を過ぎた場合、補助金をお支払いできない場合がありますのでご了承ください。

■領収書のコピーを、裏面に貼り付けてご提出ください。
※領収書は原本を貼り付けていた場合も返却はしませんのでご了承ください。
※領収書に不備があると受付できません。必ず下記①～⑤が記載されているかご確認ください。

(例)

領 収 書

●●年●●月●●日 ①

□□ □□ 様 ②

¥ ××××- (税込) ③

但し、インフルエンザ予防接種代金として ④

○○○○病院 印 ⑤

①接種年月日
②接種者氏名 (フルネーム)
③支払った接種費用額
④インフルエンザ予防接種費用にかかる領収書である旨の記載
⑤医療機関名・領収印 (医療機関印)

領 収 書 貼 付 台 紙

領収書のコピーを貼付してください。

【提出先】

- 事業所に在職している方 ⇒ 事業所担当者にご提出ください。
- 任意継続又は補助金支給日に被保険者資格を喪失している方 ⇒ ユニチカ健康保険組合にご提出ください。