

【お願い】領収書を左下領収書貼付欄にホチキスとめ、または糊付けしてください



インフルエンザ予防接種補助金申請書

【2022年度改訂】

提出日： 年 月 日

被保険者証の記号	番 号（従業員番号）		被保険者氏名		TEL	
					自署の場合は押印省略可	
職場・部署名			平日日中連絡がとれる 連絡先 (職場など)		E-mail	
接 種 者 氏 名	性別	続 柄	生 年 月 日	接 種 日	窓口支払額	
	男 女	本人 家族	年 月 日	年 月 日	円	
	男 女	本人 家族	年 月 日	年 月 日	円	
	男 女	本人 家族	年 月 日	年 月 日	円	
	男 女	本人 家族	年 月 日	年 月 日	円	
	男 女	本人 家族	年 月 日	年 月 日	円	
	男 女	本人 家族	年 月 日	年 月 日	円	

概 要

補助対象者	Y K K 健保組合の被保険者および被扶養者（Y K K 健康保険組合の保険証をお持ちの方） 補助対象外の方の申請があった場合、対象外となった旨のご連絡等はいたしませんのでご了承ください。
補 助 額	ひとり 1 回 1,000 円 接種費用が1,000 円未満の場合は実費を補助します。 13 歳未満のお子さま(※)は、2 回合計 2,000 円まで。2 回分の領収書を必ず添付してください。 (※13 歳の誕生日までに 1 回目を接種した方) 市区町村の助成がある場合は、助成を優先とします。
添 付 書 類	領収書 原則、領収書は返却しません。ただし、セルフメディケーション税制（医療費控除は対象外） の適用を受ける際に必要となる場合があります。その際は返却しますのでご連絡ください。 【領収書に必要な記載事項】 ①受診内容（インフルエンザ予防接種と明記） ②予防接種を受けた方の氏名（フルネーム） ③医療機関名（領収印） ④接種年月日 ⑤支払金額 必要事項の記入が無い場合は医療機関に記入をお願いしてください。 <u>領収書の内容に不備がある場合や診療明細書のみ添付された場合は受付できません。</u>
申請書締切	2023 年 3 月 31 日（金） 必着 締切日を過ぎた申請は受付できません。

詳細はインフルエンザ予防接種補助のご案内を確認ください。
ご記入いただいた個人情報は、当組合において補助金申請の審査に利用します。
また、加入者の健康に関する調査・分析および事業施策立案のために利用します。

受付印

【提出先およびお問合せ先】 Y K K 健康保険組合

〒938-8601 富山県黒部市吉田 2 0 0
TEL：（外線）0765-54-8650（内線）772-3920
FAX：（外線）0765-57-0326（内線）772-3929

領収書貼付欄