マイページから

申請された方は、

当申請書提出不要!!

インフルエンザ予防接種補助金の申請は

　　　　　　　　　　　『マイページ』 から申請ください！

**＼＼ 『マイページ』から申請！ ／／**

[**https://nabtescogkenpo.com/kw21cu/user/login.jsf**](https://nabtescogkenpo.com/kw21cu/user/login.jsf)

****

**＼＼ 『マイページ』新規登録に必要な仮ID・パスワードの再発行 ／／**

[**https://zfrmz.jp/HDPzAD65BIftXePfjdop**](https://zfrmz.jp/HDPzAD65BIftXePfjdop)

****

※ **『マイページ』 からの申請が出来ない方**は、当申請書を出力いただき健保組合まで郵送等で提出してください。

**インフルエンザ予防接種補助金支給申請書**

『マイページ』からの申請が出来ない方用

―　必ず、右の注意事項などを全てご確認のうえ申請ください　－

　　ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　険　証  記号－番号 |  | | | | 申　請　者  (被保険者) | |  | | |
| 事業所名 |  | | | | 電話番号 | |  | | |
| 受診者氏名 | | 性別 | 続柄 | 生年月日 | | 接　　種　　日 | | **健 保 記 入 欄** | |
| 補 助 額 | 整理番号(受付番号) |
|  | | 男  女 |  | S・H・R  　 年　　 月 　日 | | R 　　年　　月　　日 | |  |  |
|  | | 男  女 |  | S・H・R  年　　月 　日 | | R 　　年　　月　　日 | |  |  |
|  | | 男  女 |  | S・H・R  年　　月 　日 | | R 　　年　　月　　日 | |  |  |
|  | | 男  女 |  | S・H・R  年　 月 日 | | R 　　年　　月　　日 | |  |  |
|  | | 男  女 |  | S・H・R  　 　年　 月 日 | | R 　　年　　月　　日 | |  |  |
|  | | 男  女 |  | S・H・R  　 　年　　 月　 日 | | R 　　年　　月　　日 | |  |  |
|  | | | | | | | | | |

* 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

**＊＊＊申請書は A3で印刷してください＊＊＊**

**インフルエンザ予防接種 領収書原本貼付台紙**

**※※ このページに領収証(明細書)をお貼りください ※※**

**申請書提出先　　　ナブテスコグループ健康保険組合**

**〒651-2271　兵庫県神戸市高塚台7丁目3-3**

|  |  |
| --- | --- |
| **注意事項** | **◆** 補助金の限度額は１名につき２,０００円です。複数回接種した場合も１名２，０００円までです。  ※市区町村から接種費用の助成を受けた場合は、自己負担額以上の補助は行いません。  ※今年度は、インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)については補助の対象外とします。  **◆** 申請は保険証の番号が同じ世帯毎に、1度のみ申請を行って下さい。  ◆ 申請期限は毎年２月末日勤務先健保担当者必着分までとなります。  (3月1日以降到着分は受け付けません)  ◆ 2024年度より、インフルエンザ予防接種補助金の支給のみの方の「支給決定通知書」は”紙”での  　 発行は行いません。『マイページ』でご覧いただけます。  ◆ 給与加算の事業所では、給与明細書に「健保給付金」として給付額が記載されます。 |
| **支払方法** | 給与加算もしくは健保へ登録されている口座へ振込いたします。（お勤めの事業所により異なります）  ※給与加算以外の事業所の方  　現在、振込口座を健保組合に未登録の場合は「健保振込先口座 登録依頼書」を提出ください。  「健保振込先口座 登録依頼書」は当組合webサイトより出力、または健保担当者・健保組合まで問い合わせてください。 |
| **添付書類** | ◆ **領収書原本**  **領収書に下記の記載項目があるか確認ください。**  **(1)「インフルエンザ」と記載されている**  ※領収書に記載がない場合「インフルエンザ」と確認できる明細書等も添付必要  **(2) 医療機関名称**  **(3) 接種者氏名**  **(4) 接種年月日** |
| **貼付方法** | * 領収証は、はがれないように**のり付け**をお願いします。   　　（**×**ホチキス　**×**セロテープ）   * この面で貼り切れない場合、A4白紙に貼付して提出ください。 |