

申請書は A3 で印刷してください

領収書が右記「領収書貼付台紙」に貼りきれない場合は A4 の白紙に貼付してください

申請書提出先 お勤め先の健保担当者

※任意継続の方は健康保険組合に直接提出頂いても結構です

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

添付書類

- ◆ 添付書類は下記項目の記載されている領収書原本のみの受付としますので、紛失等にご注意下さい。
※下記項目が記載されていない領収書は受付いたしませんので、ご了承ください。
- (1) 受診内容「インフルエンザ予防接種代」が明記されていること (2) 医療機関名
- (3) 予防接種を受けた被保険者・被扶養者の氏名 (4) 接種年月日
- ※市区町村の助成を受ける場合で、領収書原本が返却されない場合は事前に健保組合へご相談下さい。

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)	⑨
事業所名					問合せ先 TEL (日中に連絡の繋がるもの)	
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		
	男女		S・H・R 年 月 日	R 年 月 日		

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、補助金は1名2,000円までです。
なお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。
- ◆ 申請は保険証の番号が同じ世帯毎に、年間(4月1日より1年間)に1度で行って下さい。
- ◆ 申請期限は毎年3月31日勤務先健保担当者必着分まで(4/1以降到着分は受け付けません)

支給方法

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。〕

◎ 被保険者本人が自ら署名する場合、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

★ 領収書 (原本) をこの面に貼付してください。

インフルエンザ予防接種 領収書貼付台紙

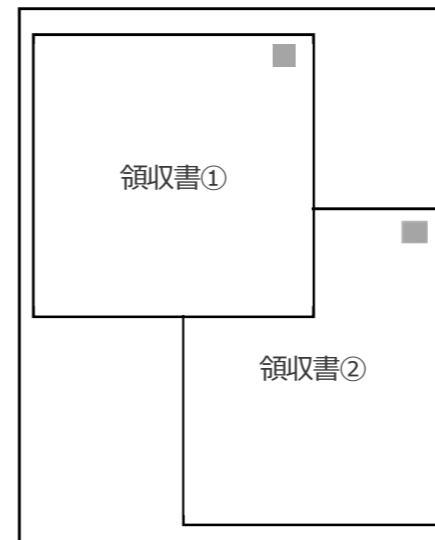
確認事項

- 領収書原本である
- 領収書に下記の記載項目が確認できる
 - (1) インフルエンザ予防接種であること
 - (2) 医療機関名称
 - (3) 接種者氏名
 - (4) 接種年月日

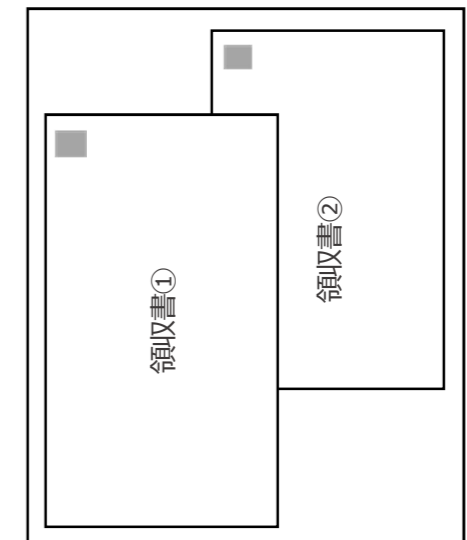
貼付方法のお願い

- はがれないようにのり付けをお願いします。(ホチキス・セロハンテープ不可)
- 表面で貼りきれない場合は、A4 白紙に貼付してご提出ください。
- 領収書が複数ある場合、重ねて貼付いただいても良いですが、領収書の右上が見えるように貼付してください。

貼付例) タテ向き



貼付例) ヨコ向き



この線より内側に貼付してください