

# インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書

<一般用>

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

接種時には組合員資格があったが、その後退職等で資格を喪失した方（1月末以降に退職される予定の方も）は、<任継用>用紙で申請してください。

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて補助金の申請をいたします。

■被保険者 平成 年 月 日 提出

被保険者証 記号番号	記号 1	フリガナ 被保険者氏名	⑨
社員番号	番号	被保険者住所	〒
自宅・携帯電話	( )	事業所・所属部課	

■接種を受けた方（ヤンマー健保の保険証を持っている方しか申請できません）

接種を受けた方の氏名	続柄区分	生年月日	性別	接種日	補助金額	医療機関名
				接種費用		
被保険者		S 年 月 日	男	H 年 月 日	円	
				H 年 月 日		
被扶養者 続柄 ( )		S 年 月 日	男	H 年 月 日	円	
				H 年 月 日		
被扶養者 続柄 ( )		S 年 月 日	男	H 年 月 日	円	
				H 年 月 日		
被扶養者 続柄 ( )		S 年 月 日	男	H 年 月 日	円	
				H 年 月 日		
被扶養者 続柄 ( )		S 年 月 日	男	H 年 月 日	円	
				H 年 月 日		
被扶養者 続柄 ( )		S 年 月 日	男	H 年 月 日	円	
				H 年 月 日		
合 計					円	

■領収書添付（下記に貼付できない場合は裏面に貼付いただいても結構です。）

<p>※接種医療機関が発行した「領収書」（原本）をのり付けしてください。</p>
<p>《領収書には以下の記載が必要です。》 ※領収書は返却出来ません</p> <p>いつ…年月日</p> <p>どこで…医療機関名</p> <p>誰が…接種を受けた方の氏名（会社名ではなく、接種を受けた方の個人名）</p> <p>何を…インフルエンザ予防接種</p> <p>いくら…接種費用</p>

■ 注意事項

- 医療機関からの領収書（コピー不可）を申請書に貼付してください（領収書は接種者別に発行してもらってください）
- 全ての被扶養者含め接種終了後、必ず被保険者証記号番号ごとにまとめて申請してください。（年1回）  
ただし、予防接種法による補助または市町村公費負担のある方は、補助対象外とします。
- インフルエンザの接種期間は毎年10月1日～12月31日で、申請締切日は翌年1月末日です。  
※1.申請書は事業所窓口またはYBS給与福祉センターに提出してください。（それぞれに締切日が設定されています）  
※2.締切日を過ぎた場合は、支給できませんのでご注意ください。
- 1人当たりの金額は医療機関で支払った金額に対し、次の額を補助します。  
※2,000円を超えた場合は2,000円。 2,000円未満の場合は実費を補助します。  
2回接種したとしても補助上限額は2,000円です。
- 接種時には組合員資格があったがその後退職等で資格を喪失した方（1月末以降に退職される予定の方も）は、振込先の記載が必要ですので、<任継用>用紙で申請ください。
- 補助金の支給は、原則申請締切月の翌々月（3月度給与）となります。

事業所印
健保受付印

《 お問い合わせ先 》 ヤンマー健康保険組合

〒530-0014 大阪市北区鶴野町1-9

TEL:06-6376-6279