

# インフルエンザ予防接種費用補助申請書 <一般用>

接種日以降に退職された方は(1月末以降に退職される予定の方も)  
振込口座が必要なため、<退職者・任継用>用紙で申請してください。

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

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、領収証を添えて補助申請をいたします。

西暦

年 月 日 提出

■被保険者

被保険者証 記号番号	記号	1	フリガナ 被保険者氏名	
	番号			
社員番号			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	生年月日		性別	接種日		補助金額		接種医療機関名
		西暦で記入して下さい			接種費用		上限2千円・2千円未満実費		
	被保険者	西暦	年 月 日	男	2021年 月 日	円	2千円以上〇 →	2,000	円
				女			2千円未満記入 →		円

※2回接種された場合も1行にまとめて記入してください。1回目で2,000円を超えた場合は1回目分のみでの申請をお願いします。

	被扶養者 続柄 ( )	西暦	年 月 日	男	2021年 月 日	円	2千円以上〇 →	2,000	円
				女			2千円未満記入 →		円
	被扶養者 続柄 ( )	西暦	年 月 日	男	2021年 月 日	円	2千円以上〇 →	2,000	円
				女			2千円未満記入 →		円
	被扶養者 続柄 ( )	西暦	年 月 日	男	2021年 月 日	円	2千円以上〇 →	2,000	円
				女			2千円未満記入 →		円
	被扶養者 続柄 ( )	西暦	年 月 日	男	2021年 月 日	円	2千円以上〇 →	2,000	円
				女			2千円未満記入 →		円
	被扶養者 続柄 ( )	西暦	年 月 日	男	2021年 月 日	円	2千円以上〇 →	2,000	円
				女			2千円未満記入 →		円
合計補助金額記入 →									

■領収証貼付欄 接種医療機関が発行した「領収証」(原本)をのり付けしてください。領収書は返却出来ません。

の り づ け (ここ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。)	
の り づ け	<p>※領収証には以下の記載が必要です。不備がある場合は補助できませんので、提出前に必ずご確認ください。&gt;</p> <p>いつ……接種年月日 どこで……医療機関名 誰が……接種を受けた方の氏名(領収証は接種者別に発行してもらってください) 何を……インフルエンザ予防接種代金であること いくら……接種費用</p>

■実施要領及び注意事項

1. 対象接種期間は毎年10月1日～12月31日で、申請締切日は翌年1月末営業日です。  
※ 申請書は事業所窓口またはYBS給与福祉部国内G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。  
締切日を過ぎた場合は、補助できませんのでご注意ください。
2. 医療機関で支払った金額に対し、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回接種しても補助上限額は2,000円です。1行にまとめてご記入ください。**
3. **必ず被保険者証記号番号ごとに、まとめて1枚で申請してください。(年1回)**
4. 医療機関発行の領収証(コピー不可)を申請書に貼付してください。記載に不備がある場合は補助できません。
5. 海外で接種された場合は、領収証に翻訳をつけてください。
6. **接種時には組合員資格があり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、<退職者・任継用>用紙で申請ください。**
7. 補助金の支給は、3月度給与同封となります。

**担当者通信欄**

担当者

**健保受付印**