


# インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

<一般用>

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	ケンボ 太郎 健保 太郎	
	番号 2345			
社員番号	23456	被保険者住所	〒 ****-**** 大阪市〇〇区〇〇〇1-2-3 405号室	
自宅・携帯電話	** (****) ****	事業所・所属部課		

## ■接種を受けた方

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		
健保 太郎	被保険者	S *年*月*日 H	男	**年 *月 *日 4,000 円	2,000 円	**医院
健保 花子	被扶養者 続柄(妻)	S *年*月*日 H	女	**年 *月 *日 2,000 円	2,000 円	**医院
健保 一郎	被扶養者 続柄(長男)	S *年*月*日 H	男	**年 *月 *日 1,500 円	1,500 円	**医院
	被扶養者 続柄( )	S H		年 月 日 円	円	
	被扶養者 続柄( )	S H		年 月 日 円	円	
	被扶養者 続柄( )	S H		年 月 日 円	円	
合 計					5,500 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。）

## ※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。

《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  
いつ…年月日  
どこで…医療機関名  
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）  
何を…インフルエンザ予防接種  
いくら…接種費用

## ■ 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（健康保険組合必着）  
※1. 申請書は事業所窓口・YBSに提出してください。（事業所・YBS毎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。
- 接種時には組合資格があり、その後退職等で資格を喪失した方は<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となります。（3月度給与）

《 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

事業所印
健保受付印