

インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書

<任継用>

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、この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 ・ 90	フリガナ 被保険者氏名	④
	番号			
電話番号	被保険者住所			〒

■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	女	円		
被扶養者 続柄()		S 年 月 日	男	H 年 月 日	円	
		H 年 月 日	女	円		
被扶養者 続柄()		S 年 月 日	男	H 年 月 日	円	
		H 年 月 日	女	円		
被扶養者 続柄()		S 年 月 日	男	H 年 月 日	円	
		H 年 月 日	女	円		
被扶養者 続柄()		S 年 月 日	男	H 年 月 日	円	
		H 年 月 日	女	円		
合計					円	

※振込先 (被保険者名義)	銀行	普通	口座番号						
	信用金庫	支店	当座	口座名義	(カタカナ)				
	信用組合								

※ゆうちょ銀行の場合の支店名は「漢数字」になります。ご確認をお願いします。

■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)
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人当たりの補助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。
- ※お振込先は被保険者名義のものをご記入ください。
- 補助金の振込につきましては、原則申請締切月の翌々月(3月)末日となります。

《提出先・お問い合わせ》 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

健保受付印