

インフルエンザ予防接種費用補助申請書 <退職者・任継用>

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

月 日退職予定

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・90	フリガナ 被保険者氏名	
	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	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		男	2021年 月 日		2千円以上〇 → 2,000 円		
		年 月 日			円		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		2千円以上〇 → 2,000 円		
				円		2千円未満記入 → 円		
被扶養者 続柄 ()	西暦	年 月 日	男	2021年 月 日		2千円以上〇 → 2,000 円		
				円		2千円未満記入 → 円		
被扶養者 続柄 ()	西暦	年 月 日	男	2021年 月 日		2千円以上〇 → 2,000 円		
				円		2千円未満記入 → 円		
被扶養者 続柄 ()	西暦	年 月 日	男	2021年 月 日		2千円以上〇 → 2,000 円		
				円		2千円未満記入 → 円		

合計補助金額記入 → 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)					
	農協								

※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	≪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願います。≫ 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

■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(健保必着)は翌年1月末営業日です。
※ 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。
領収証の記載に不備がある場合は補助できません。
5. お振込先は被保険者名義のものをご記入ください。
6. 補助金の支給は、3月末振込となります。

健保受付印