

# 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

<任継用>

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 90	フリガナ 被保険者氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	名 前
	番号 1234			
電話番号	06 (1111) 2222	被保険者住所	〒 ***-**** 大阪市〇〇区〇〇〇1-2-3 405号室	

■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	男	**年 *月 *日	2,000 円	**医院
		H		4,000 円		
健保 花子	被扶養者 続柄(妻)	S *年*月*日	女	**年 *月 *日	2,000 円	**医院
		H		2,000 円		
健保 一郎	被扶養者 続柄(長男)	S	男	**年 *月 *日	1,500 円	**医院
		H *年*月*日		1,500 円		
	被扶養者 続柄( )	S		年 月 日	円	
		H		円	円	
	被扶養者 続柄( )	S		年 月 日	円	
		H		円	円	
合計					5,500 円	
※振込先 (被保険者名義)	銀行	信用金庫	支店	口座番号	*****	
	〇〇〇	信用組合	△△△	当座	口座名義 (カタカナ)	〇〇〇〇タロウ

■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