

インフルエンザ予防接種補助金申請書

健保記号-番号	—					
被保険者氏名	(印)					
被保険者住所	〒					
被保険者連絡先 (日中連絡用)						
所属会社名						
被接種者氏名	続柄		接種 月/日	接種医療機関名	支払金額	補助金額
	本人	家族				
			/		円	円
			/		円	円
			/		円	円
			/		円	円
			/		円	円
			/		円	円
			/		円	円
			/		円	円
合 計					円	円

----- (領収書はこちらに貼り付けてください) -----

◆補助金申請に際しては下記の各項を遵守してください。

1. 本申請書は、被保険者単位で1枚にまとめて申請してください。(分割申請は不可)
2. 申請には必ず領収書原本を添付してください。(領収書は返却できません)
3. 領収書を枠内に全て貼ることが出来ない時は、裏面または別紙に貼り付けてください。
4. 補助金上限額は、1人3,000円までの実費。複数回接種の場合も、合計費用が上限額までの実費となります。  
 (例1) 1回/2,500円の接種を2回受け5,000円支払った場合の補助金・・・3,000円  
 (例2) 1回/2,500円の接種を1回受け2,500円支払った場合の補助金・・・2,500円
5. 領収書宛先は「接種対象者氏名」、摘要は「インフルエンザ予防接種」と医療機関に記載を求めてください。
6. 領収書は「被接種者単位(個人別)」で交付を受けてください。(合算領収書は不可)
7. 会社に接種の情報(補助金振込依頼のため)を提供することをご承知おきください。
8. 申請書の提出期限は、1月25日。健保組合到着分をもって締め切ります。(翌日以降不受理)
9. 補助金は、申請締切後、2月以降の給与時に支払います。(会社に申請者給与口座への振込を依頼)
10. 接種後に退職された方には健康保険組合より支払いますので、2月中に振込先口座情報確認の文書をご自宅へ送付します。

◆補助金申請書類送付先

〒150-0011 東京渋谷区東 2-23-3 タゴシンビル 4階  
 トランス・コスモス健康保険組合 「インフルエンザ補助金申請書在中」と明記してください。