

インフルエンザ予防接種補助申請書(個人用)

該当年度の1月31日健保着分申請書まで受付

令和 年 月 日

下記の通り、インフルエンザ予防接種の補助申請をいたします。

Table with columns for 被保険者 (Insured), 事業所名 (Business Name), 接種月日 (Vaccination Date), 接種者氏名 (Vaccinator Name), 続柄 (Relationship), 性別 (Gender), 生年月日 (Date of Birth), 医療機関名 (Medical Institution Name), 接種費用 (Vaccination Cost).

【注意事項】 \*下記項目が1つでも出来ていない場合は、補助対象外となりますのでご注意ください。

- ① 補助対象者は、東洋水産健康保険組合の加入者(被保険者と被扶養者)です。
② 補助は、1人につき年度内に1回のみで、2,000円が上限となります。(接種期間は、10月～12月まで)
③ 申請書に領収書(原本)を添付してください。(インフルエンザ予防接種領収書貼付用紙に貼り付けてください。)
④ 領収書には、以下の項目が全て記載されていることが必須となります。
⑤ 手書きの領収書で数名分まとめた領収書の場合は、但し書きに接種者氏名及び費用が全員分明記されている事。
⑥ 申請書の提出は、該当年度の1月31日まで健康保険組合着分のみ受付
⑦ 鉛筆またはフリクションでの記入は不可。(消せる筆記具での記入はNGです。)

上記、注意事項を確認して申請します。 被保険者氏名 (自署)

Table for 健康保険組合記入欄 (Health Insurance Association Entry Section) with columns for 支給決定年月日 (Date of Disbursement Decision), 支給年月日 (Date of Disbursement), 補助金額 (Subsidy Amount), 理事 (Director), 常務理事 (Executive Director), 事務長 (Secretary), 担当者 (Responsible Person).

受付年月日 (Date of Receipt) field with a dashed border.