

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。

被保険者	フリガナ					被保険者証	記号	番号
	氏名							
事業所名					性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
接種月日	接種者氏名	続柄	性別	生年月日	医療機関名		接種費用	
月 日			男・女	昭和 平成 令和 . .			¥	
月 日			男・女	昭和 平成 令和 . .			¥	
月 日			男・女	昭和 平成 令和 . .			¥	
月 日			男・女	昭和 平成 令和 . .			¥	
月 日			男・女	昭和 平成 令和 . .			¥	
月 日			男・女	昭和 平成 令和 . .			¥	

**【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。)**  
 ※ 2回接種した場合は、1回目の接種費用が2,000円未満の方のみ領収書2枚とも張付してください。  
 ※ 予防接種は、医療費控除対象外となります。  
 ※ 入院時等、高額医療費と合算された領収の際は、健保で確認後返却します。
- 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。  
 ・インフルエンザの予防接種であることの明記  
 ・接種した医療機関の印  
 ・接種された方の氏名(フルネームでの記載)  
 ・接種費用  
 ※ レシートタイプ、金額のみ記入した領収書、明細書のみ、宛名が会社名は不可とします。
- 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)

健康保険組合記入欄								
支給決定年月日	令和	年	月	日	理事長	常務理事	事務長	担当者
支給年月日	令和	年	月	日				
補助金額					受付年月日			
@ 2,000	×	人	}	¥				
@	×	人						