

申請日 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

常務理事	事務長	担当

## 令和2年度インフルエンザ予防接種補助金申請書（共通）

被保険者証		ふりがな 被保険者氏名	事業所名／部署名 (↓事業所名は被保険者証で確認下さい)
記号	番号		
○○	○○○○○	けんこう まもる 健康 守	事業所名： ○○○○株式会社 部署名： ○○○部○○課

捺印は必須です↑

接種者氏名	続柄	接種日 ※2回接種法は1), 2)に記載	ワクチン接種費用	補助金申請額 1人3,000円までの実費
健康 守	本人	1) 令和○年○○月○○日 2) 令和 年 月 日	4,000円	3,000円
健康 良子	妻	1) 令和○年○○月○○日 2) 令和 年 月 日	2,500円	2,500円
健康 元気	長男	1) 令和○年○○月○○日 2) 令和○年○○月○○日	6,100円	3,000円
		1) 令和 年 月 日 2) 令和 年 月 日	円	円
		1) 令和 年 月 日 2) 令和 年 月 日	円	円
			補助金申請額合計	8,500円

◆任意継続加入(記号99)の方は必ず以下に口座情報を記入して下さい。口座名義人は被保険者に限り  
(任意継続加入者以外の方は記入しないで下さい)

振込 銀行名	○○○○	銀行	口座番号	普通	0123456
	(フリガナ: ○○○○○○ ○○○○○○○ 本・支店)		(フリガナ) 口座名義人	(	ケンコウ マモル 健康 守)

### 《注意事項》

- \* 補助金支給対象者は、接種日に昭和シェル健保組合の加入資格がある被保険者/被扶養者に限ります。
- \* 補助金の対象となる接種期間は、令和2年10月1日(木)から令和3年1月31日(日)です。
- \* 申請書の最終提出期限は令和3年2月6日(金) 昭シ健保必着です。
- \* 社員向けの補助金は、令和3年3月分給与にて「健保給付金」として支給します。
- \* 任意継続加入者の補助金は、毎月20日頃に振込手続きを行う予定です。
- \* 医師の診察の結果、当日に発熱などで接種を行えなかった場合の診療費用については、費用補助の対象外となりますのでご注意ください。☑

### 《 提出前の確認チェック 》

- 申請書に領収書か医療機関発行レシートの原本（コピーは不可）をホチキス留めしている
- 領収書原本の宛先に接種者の氏名が記載されている
- 領収書原本にインフルエンザの予防接種であることが明記されている（予防接種のみは不可）

健保記入欄