

インフルエンザ予防接種補助金申請書（個人用）

- ユアサ商事社員の場合（記号番号の記号が3001）
 所属が本社・関東支社・関東地区出向者であれば本社人事部、その他の方は管轄支社管理総務担当者へ
 ○ユアサ商事以外の場合（記号番号の記号が3001以外）
 会社の健保担当者宛へ
 ○任意継続被保険者の場合（記号番号の記号が3098）直接、ユアサ健保へ 2月28日健保必着

インフルエンザ予防接種を受け、下記事項を確認しましたので補助金を申請します。

下記事項を確認後、を入れてください。 記入日： XX 年 XX 月 XX 日

- 領収証の原本を添付している。
 領収証に『接種者氏名』『金額』『接種日』『インフルエンザ予防接種である旨』が記載されている。
 接種日が10月1日～翌年1月末日である。
 接種を受けた者は、接種日現在、被保険者または被扶養者の資格がある。

被保険者証の記号・番号	被保険者氏名（自署の場合は㊟省略可）	社員番号	事業所名（会社名）
XXXX — XXXX	健保 太郎 ㊟	XXXX	0000株式会社

接種者氏名	続柄	1回目接種日		実施医療機関	接種費用(税込) 2回接種の場合は 合計金額を記入	健保記入欄	
		年月日	年月日			補助額	円
健保 太郎	本人	XX年XX月XX日	年月日	0000クリニック	X,XXX	2,000	円
健保 花子	妻	XX年XX月XX日	年月日	0000クリニック	X,XXX	2,000	円
健保 次郎	長男	XX年XX月XX日	年月日	0000クリニック	X,XXX	2,000	円
		年月日	年月日			2,000	円
		年月日	年月日			円	円
		年月日	年月日			2,000	円
		年月日	年月日			円	円
合 計					X,XXX		円

太枠内を漏れなく記入してください。

【必要書類】

領収証・・・申請書裏面または別紙(A4サイズ)に糊付けし、ホッチキスは使用しないでください。

以下に漏れがあると補助金支給対象となりませんので注意してください。

- ①領収証は必ず原本であること(コピー不可)
- ②接種者氏名、金額、インフルエンザ予防接種である旨が記載されていること
- ③接種者が複数の場合は、接種者名ごとの内訳金額が記載されていること
- ④自治体等で補助を受けている場合は、補助金額を除いた金額で申請すること

【補助金支給方法】

この請求による補助金は、事業所(会社)を經由して支払います。

補助金支給日は事業所(会社)にご確認ください。

【補助額】

1人2,000円を上限とし、2,000円未満の場合は実費分を支給します。(2回接種の場合は合計額が申請の対象)

【対象者および補助回数】

対象者は全被保険者および被扶養者です。

対象者1人につき補助対象期間内1回です。

【請求にあたっての注意】

次のいずれかに該当する場合は、補助金支給対象となりませんので注意してください。

- ①接種日に被保険者または被扶養者の資格がない場合
- ②接種の実施が日本国内の医療機関以外の場合
- ③補助対象期間(10月1日から翌年1月末日)以外の日に接種した場合
- ④その他申請内容および申請書類に不備がある場合

【個人情報について】

ユアサ健康保険組合は、あなたの個人情報をこの事業のみに使用し、それ以外の目的には使用しません。

個人情報についての詳細はホームページ等をご覧ください。(https://www.yuasakenpo.or.jp)