


インフルエンザ予防接種補助金申請書（個人用）

(提出先) 本人 → 会社（健康保険組合に直接提出しないでください）

- 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

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を申請します。

令和 XX年 XX月 XX日

被保険者証の記号・番号	被保険者氏名	社員番号	事業所名
XXXX—XXXX	健保太郎 	XXXX	0000

〔接種内容〕

接種を受けた者	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
		2回目接種日			補助額
健保太郎	本人	XX年XX月XX日 年 月 日	0000	X, XXX 円	円
健保花子	妻	XX年XX月XX日 年 月 日	0000	X, XXX 円	円
健保次郎	長男	XX年XX月XX日 年 月 日	0000	X, XXX 円	円
		年 月 日		円	円
		年 月 日		円	円
		年 月 日		円	円
合 計				X, XXX 円	円

太枠内を漏れなく記入してください。

【添付書類】

領収証（請求書の表面または裏面に糊付けしてください）

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
- ③ 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。

支払い日は事業所（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補助の対象）

【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。

【請求にあたってのご注意】

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 接種日に組合員の資格を有していない場合
- 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 請求書締切日（2月28日健保到着※）を過ぎて提出された場合
 ※事業所（会社）の提出締切日は、事業所に確認してください
- ⑤ その他申請内容および添付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。（<http://www.yuasakenpo.or.jp>）領
収
証
貼
付
欄