

日本旅行健康保険組合 インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証の記号と番号	記号	番号	
フリガナ	所属箇所名		
被保険者氏名	TEL — —		
連絡先	TEL — —	メールアドレス	@

【接種者氏名】※被保険者1名の申請であっても必ずご記入ください。

氏名	生年月日	続柄	接種した日	接種した医療機関	接種に要した費用
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円

日本旅行健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

上記の通り補助金の申請をします。

被保険者氏名 _____

【添付書類及び注意事項】 詳しくは、インフルエンザ予防接種実施要領を参照してください。

- 補助の対象は、予防接種時に被保険者及び被扶養者である者。
- 接種対象期間と補助回数は、毎年10月1日～12月31日までに接種した費用に対し、1人につき1回までです。
但し、**小学生以下の被扶養者が2回法で接種する場合、2回目も補助対象となります。**
また、南半球の諸国に居住する加入者については、4月1日～6月30日までの期間とします。
- 補助金は1人につき1回1,500円を上限とし、補助金上限に満たない接種費用については実費とします。
- 市区町村の補助がある場合には、その額を除いた額を接種費用とみなします。
- 補助金申請は必ず領収書(コピー可)を添付して翌年1月31日までに必着するよう健康保険組合へ提出してください。
※(補助金支給の承認、不承認に関わらず領収書の返却はできません)
- 領収書には以下の内容の記載が必要です。
①接種者氏名(複数人数で接種した場合は、それぞれの氏名が記載されていること)②接種日③医療機関名④単価⑤インフルエンザ予防接種代であることが明記されていること。

※任意継続被保険者の方及び休職等の場合で給与振込みのない方は下記をご記入下さい。

上記以外の方は原則給与で支給します。下記への記入は不要です。

銀行名	銀行 信用金庫	支店
口座の種別	普通・当座	口座番号
(フリガナ) 口座名義	連絡先電話番号	

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

【健保組合記入欄】

同 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長	総務課長	担当者
振 込 依 頼 日	年 月 日				
支 払 決 定 額	円				