

インフルエンザ予防接種補助申請書

※ご家族全ての接種が終わってから、ご家族分まとめて1枚で申請してください。

※記入前に必ずお読み下さい。

注1) 医療機関の接種証明として必ず領収証を裏面に添付して下さい。(×レシート不可)
 注2) 領収証には、必ず ①接種者氏名 ②「インフルエンザ(予防接種)」と記入(×予防接種のみは不可)
 ③接種年月日 ④予防接種単体での支払額 を記入して頂く様依頼してください。
 ●領収証記載事項の不備も返送させていただきます。

※太枠内は必ずご記入ください。

| | | | | | | | | |
|------------------|------------------------------|------------------------------|-------|-------------|---------------|-------|--------|-----------------|
| 保 険 証 記号・番号 | | — | | 令和 年 月 日 申請 | | | | |
| 被 保 険 者 | 氏 名 | | 性別 | 区分 | 接種した 医療機関名 | 接種年月日 | 窓口負担金額 | 健保補助額 (記入不要) |
| | 生年月日・(年齢) | | | | | | | |
| | ① | | 1. 男 | 1. 本人 | | 令和 | | |
| | 5 昭和・7 平成・9 令和 年 月 日 (歳) | | 2. 女 | | | 年 月 日 | | 円 |
| 被 扶 養 者 | | | 1. 男 | 2. 家族 | | 令和 | | |
| | | 5 昭和・7 平成・9 令和 年 月 日 (歳) | 2. 女 | | | 年 月 日 | | 円 |
| | | | 1. 男 | 2. 家族 | | 令和 | | |
| | | 5 昭和・7 平成・9 令和 年 月 日 (歳) | 2. 女 | | | 年 月 日 | | 円 |
| | | | 1. 男 | 2. 家族 | | 令和 | | |
| | | 5 昭和・7 平成・9 令和 年 月 日 (歳) | 2. 女 | | | 年 月 日 | | 円 |
| | | 1. 男 | 2. 家族 | | 令和 | | | |
| | 5 昭和・7 平成・9 令和 年 月 日 (歳) | 2. 女 | | | 年 月 日 | | 円 | |
| 窓口負担合計金額 | | | | | | | | |
| | | | | | | | 円 | |

※太枠内の【振込口座】及び【チェック項目】を必ずご記入ください。

※被保険者の口座を指定してください。(基本的には、給与明細上にて支給します。)

※接種後退職された方は必ずご記入下さい。

| | | | | | | | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 銀行・信金 信組・農協 その他() | 支店・本店 営業所・代理店 その他() | 金融機関コード — 支店コード | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 口座名義 (被保険者口座) | (フリガナ) | 口座番号 | 普通・当座・その他() | | | | | |
| | | | | | | | | |

※申請書の記入後にチェック項目を確認の上、必ず☑をご記入ください。

| | | | | |
|----------------------------|--|-------|--------------------------|---|
| チ ェ ッ ク 項 目 | 1. 保険証の記号番号を記入しましたか? | 被保険者欄 | <input type="checkbox"/> | チ ェ ッ ク 済 で す か ? |
| | 2. 被保険者の氏名・生年月日等を記入しましたか? (本人の接種がなくても必要です。) | 被保険者欄 | <input type="checkbox"/> | |
| | 3. 被保険者欄の押印はありますか? | 被保険者欄 | <input type="checkbox"/> | |
| | 4. 領収証または医療費明細書に「インフルエンザ(予防接種)」の記入がありますか? | 領収証 | <input type="checkbox"/> | |
| | 5. 領収証に接種者名(フルネーム)、接種日、予防接種単体での金額が記入されていますか? | 領収証 | <input type="checkbox"/> | |
| | 6. 領収証(原本)は添付しましたか? (コピー不可) | 裏面 | <input type="checkbox"/> | |

注> ◆対象者

ユニグループ健康保険組合被保険者及び被扶養者

◇補助回数

対象期間内1人1回のみ補助(被保険者、被扶養者とも)

◆接種期間

10月より翌年1月末日まで

◇補助金額

窓口負担金額が1,000円未満 ⇒ 実費額の補助

窓口負担金額が1,000円以上 ⇒ 1,000円の補助

..... 以下 健康保険組合 使用欄

| | | | | | | |
|------------------|------|-----|------|------|-----|-----|
| 支 払 決 裁 | 常務理事 | 事務長 | 給付担当 | 資格照合 | | |
| | | | | | 支払額 | 円 |
| | | | | | 支払日 | 月 日 |

受付日付印