

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。

令和 年 月 日 申請							
被保険者	保険証 記号・番号	—					
	氏名 生年月日・(年齢)	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)
被扶養者	① 5 昭和・7 平成・9 令和 年 月 日 (歳)	1. 男 2. 女	1. 本人		令和 年 月 日	円	
	② 5 昭和・7 平成・9 令和 年 月 日 (歳)	1. 男 2. 女	2. 家族		令和 年 月 日	円	
	③ 5 昭和・7 平成・9 令和 年 月 日 (歳)	1. 男 2. 女	2. 家族		令和 年 月 日	円	
	④ 5 昭和・7 平成・9 令和 年 月 日 (歳)	1. 男 2. 女	2. 家族		令和 年 月 日	円	
	⑤ 5 昭和・7 平成・9 令和 年 月 日 (歳)	1. 男 2. 女	2. 家族		令和 年 月 日	円	
	⑥ 5 昭和・7 平成・9 令和 年 月 日 (歳)	1. 男 2. 女	2. 家族		令和 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
				支払日	月 日

受付日付印