

【別紙】

2024年度 インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

日清紡健康保険組合の加入者に対して、インフルエンザ予防接種費用の一部を補助します。補助は1回のみで、2025年1月31日または3月31日に以下に記載された口座へ健保組合より振込みします。

- ・領収書の原本を裏面に必ずのりで貼ってください(領収書は返却いたしません)。
- ・領収書の宛名は必ず個人名宛で発行してもらってください。
- ・【被保険者・被扶養者情報】下のチェック項目を確認ください。

【被保険者・被扶養者情報】

フリガナ 被保険者氏名	社員コード(通番)		資格情報のお知らせ に記載の記号・番号		
			記号	番号	
会社名	事業所名		部署名		
補助金申請対象者氏名および支払った予防接種代金(各人でご記入願います)					
氏名	金額	氏名	金額	氏名	金額
①	円	②	円	③	円
④	円	⑤	円	⑥	円
振込口座 ●被保険者の口座に限ります。●必ず記入してください。					
銀行名	※銀行コード				
支店名	※支店コード				
口座種類	普通 ・ 当座		口座番号		

※欄は健保組合で記入します。

チェック!

☆☆☆☆☆☆領収書に以下の記載がありますか?☆☆☆☆☆☆

- 接種を受けた方の氏名(複数の場合、全員の氏名)
- 接種年月日
- 医療機関名
- 接種費用(複数の場合、各人ごとの費用明細)
- インフルエンザの予防接種代であることを示す記載

☆☆☆☆☆☆提出前に必ずチェック願います!☆☆☆☆☆☆

- 被保険者情報などを全て記載しましたか?
- 領収書の原本を裏面にのりで貼り付けましたか?
- 被保険者名義の銀行名、支店名、口座種類、口座番号は記載しましたか? 間違いありませんか?
- 2024年10月1日~2025年2月15日の期間に接種していますか?

申請書は日清紡健康保険組合まで提出ください。直接ご郵送される場合は下記住所までご送付ください。また、ご不明な点などがありましたら、下記までご連絡願います。

〒103-8650 東京都中央区日本橋人形町 2-31-11

日清紡健康保険組合

TEL03-5695-8872

担当 中村・山田

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみに使用し、その目的以外には使用致しません。