

常務理事	事務長	係

支給決定額	円
-------	---

京阪グループ健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種費用補助申請書

年 月 日申請

※太枠内をご記入ください。

被保険者証 記号番号	記号	番号	被保険者氏名
事業所名			社内連絡先

接種者氏名	続柄	接種日①	接種日②	接種費用	支給決定額
		年 月 日	年 月 日	円	円
		年 月 日	年 月 日	円	円
		年 月 日	年 月 日	円	円
		年 月 日	年 月 日	円	円
		年 月 日	年 月 日	円	円
		年 月 日	年 月 日	円	円
		年 月 日	年 月 日	円	円
合 計					円

○任意継続被保険者の方のみ補助金の振込先をご記入ください。

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
	支店	普通・当座		

◎必ずご確認ください ↓

1. 補助の対象

①接種日に京阪グループ健康保険組合の加入者であること。

②当該年度10月1日から2月末日までに接種したもの。

2. 領収書の原本またはコピーをホッチキス止めしてください。(レシートは不可)

* 領収書は返却いたしませんので、必要な方はコピーを提出ください。

3. 領収書は一人に一枚ずつ必要です。

4. 領収書に以下の項目を明記してもらってください。

①接種者氏名(フルネーム)

②接種年月日

③ワクチンの内容(インフルエンザ予防接種)

④領収金額

⑤医療機関名

5. 補助額は一人当たり接種費用の半額(但し、上限1,000円)です。

6. 被保険者単位で年度内1回限りの申請となります。被保険者・被扶養者をまとめて申請してください。

7. 申請期限は当該年度3月15日(健康保険組合必着)です。



※本申請書は、予防接種費用補助以外の目的では使用いたしません。