

申請者 → 各事業会社担当者(健康管理委員) → サノヤス健康保険組合

常務理事	事務長	担 当

インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請書の最終受付期限: 翌年3月31日健保組合必着

提出日 令和 年 月 日

被保険者等 記号・番号							被保険者氏名 (自署の場合、押印不要)		印
事業所名 (会社名)							部署名		
社員番号									
接種者氏名 健保加入者のみ(被保険者・被扶養者)	続柄	年齢	接種日			予防接種の費用 (インフルエンザ予防接種代)	公的補助の有無 必ずどちらかに☑を付けてください		
			R	年	月	日	円	□有 ・ □無	
			R	年	月	日	円	□有 ・ □無	
			R	年	月	日	円	□有 ・ □無	
			R	年	月	日	円	□有 ・ □無	
			R	年	月	日	円	□有 ・ □無	
			R	年	月	日	円	□有 ・ □無	
			R	年	月	日	円	□有 ・ □無	
合 計							円		

- 【注意事項】
- 1. 接種期間は、当年10月1日～翌年2月28日です。(それ以外は無効となります。)
 - 2. 補助対象者は、接種日時点においてサノヤス健保に加入している被保険者・被扶養者となります。
 - 3. 公的補助の有無の欄に必ずどちらかにチェックを入れてください。(市町村からのクーポン等を使用した場合は有に☑)
 - 4. 申請書に領収書(原本)を必ず添付してください。 ※領収書は返却いたしません。
- 領収書に必要な記載項目

 - ① 「インフルエンザ予防接種代」であることを明記(「予防接種代」・「ワクチン代」では不可)
 - ② 予防接種を受けた方全員の氏名(フルネーム)
 - ③ 接種費用(接種者個人ごとの表記) ④ 医療機関名 ⑤ 接種年月日

※1 領収書に必要事項の記入が無い場合、医療機関等に記入をお願いしてください。(記入がない場合は、申請書を返却することがあります)

※2 領収書に必要事項の記入は無いが、必要事項が書かれた明細書がある場合、領収書とあわせて提出をお願いします。(但し、明細書のみでは受付できません)
- 5. 補助金額は、消費税込みで2,000円(被保険者・被扶養者共 1回/年度内)、65歳以上等の公的補助を受ける方は1,000円(税込)を限度とし、申請書受付月の翌月給与で、健保給付金(非課税扱い)として、お支払い致します。但し、実費の範囲内とします。
 - 6. ご記入頂いた個人情報、補助金の支払いおよび集計にのみ利用させていただきます。
 - 7. 予防接種を受けるにあたり、事前に医師とよくご相談ください。
- 受付印

<送付先>郵送の場合
〒559-0011 大阪市住之江区北加賀屋五丁目2番7号
サノヤス健康保険組合 宛

健保 使用 欄	補助金支給決定額
	円