申請者 → サノヤス健康保険組合

常務理事	事務長	担 当

（任継者用）

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　　年　　月　　日

被保険者の記号・番号	1	0	0					被保険者氏名	㊞

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
			年　月　日	円	□有 ・ □無
			年　月　日	円	□有 ・ □無
			年　月　日	円	□有 ・ □無
			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（任意継続被保険者については、保険料自動引き落とし口座へ）入金いたします。但し、実費の範囲内とします。
6. ご記入頂いた個人情報は、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。

※保険料自動引き落し制度を利用していない方は、下記に振込口座をご記入ください。

フリガナ（　　）

郵便局	記号		番号		名義	

フリガナ（　　）

銀行名		銀行		本店 支店	普通 当座	No.	名義	

受付印

<送付先>郵送の場合

サノヤス健康保険組合
〒559-0011 大阪市住之江区北加賀屋五丁目2番7号
℡（06）6655-0551

健保使用欄	補助金支給決定額
	円