

健保受付印

健保捺印欄			
理事長	常務理事	事務長	担当者

千葉トヨタ健康保険組合 殿

令和5年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

令和 年 月 日

事業所名		拠点名	
被保険者証の記号・番号	記号	番号	
社員番号（5～6桁・必須）			
被保険者名（請求者名）			

次のとおり申請いたします。（二重線枠内をご記入ください）

予防接種補助対象者名	続柄	接種日	接種費用（実費）	健保補助額 ※
		月 日	円	円
		月 日	円	
		月 日	円	円
		月 日	円	
		月 日	円	円
		月 日	円	
		月 日	円	円
		月 日	円	
		月 日	円	円
		月 日	円	
			健保補助額 合計	円

※健保補助額は健保組合にて記入します。

【注意事項】

- ほかの制度(市区町村等)により補助を受けることができる場合は、その補助制度か健保組合のいずれか一方への申請となります。
- 領収書の原紙を添付して下さい。
原紙の返送を希望される理由がございましたら、健保組合までご連絡ください。
- 補助金支給額は、1人当たり2,000円を上限額（年度内1回限り）とします。
但し、13歳未満のお子様で2回接種された場合は、2回分の領収書を添付して1度にまとめて申請してください。2,000円を限度にお支払いします。
- 補助金対象者は、接種日現在に被保険者及び被扶養者(当健保加入者)とします。
- 補助金は、社員・エルダーの方には、会社を通してお支払いいたします。給与支給明細書の「健保組合給付金」欄にてご確認ください。
エルダーⅡ・パート等 社員番号の頭に「P」がつく方、休職中の方、任意継続被保険者には、給与口座へ直接振り込みいたします。
- 接種期限 : 令和6年1月31日までに
- 申請期限 : **令和6年2月29日 必着**