

| | | | | | | | | |
|--------------|------|----------|-----|------|-----|-------|--|----|
| 支給決定日 | 支給決定 | 令和 年 月 日 | 決 | 常務理事 | 事務長 | | | 担当 |
| 補助金 支給決定日 | | 円 | 裁 | | | | | |
| 取得日 | 平・令 | 年 月 日 | 喪失日 | | 令和 | 年 月 日 | | |

【契約医療機関以外で受診した場合】
オオゼキ健康保険組合 支給申請書
インフルエンザ予防接種費用補助金

オオゼキ健康保険組合 理事長 殿 下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金の申請をいたします。

■ 被 保 険 者 令和 年 月 日 提出

| | | | | |
|----------------------|---|--|----------------|--|
| 被 保 険 者 証 記 号 番 号 | 記 号 | | 被 保 険 者 氏 名 | |
| | 番 号 | | | |
| 連 絡 先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 所属店舗 | | 所 属 店 舗 名 | |

◎ボールペンでご記入してください。

■ 接種を受けた方 (接種日に健康保険の加入資格がない方は申請できません)

| 接種を受けた方の氏名 | 続柄区分 | 接種に要した費用 | 接 種 日 | | | 健保記入欄 支給決定額 |
|------------|------|----------|-------|---|-----|----------------|
| | 被保険者 | 円 | 令和 | 年 | 月 日 | |
| | 被扶養者 | 円 | 令和 | 年 | 月 日 | |
| | 被扶養者 | 円 | 令和 | 年 | 月 日 | |
| | 被扶養者 | 円 | 令和 | 年 | 月 日 | |
| | 被扶養者 | 円 | 令和 | 年 | 月 日 | |

■ 給付金の受給については事業主経由で給付いたします。

| | | |
|--------------------------|-------------------------------|----------|
| 1. 在職中の方 (委任状) | 給付金の受領に関して、事業主に委任します。 (氏名) | 令和 年 月 日 |
| 2. 任意継続加入の方 (振込先口座記入) | 銀行 口座番号 (普通・当座) | |
| | 支店 名義 (かかけ) | |

■【必須】以下の内容を確認して してください。

| | | |
|-----|--------------------------|--------------------------------|
| 備考欄 | <input type="checkbox"/> | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 |
| | | ① 申請者本人 (被保険者) が作成したものである。 |
| | | ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |

■ 注 意 事 項

| 1. 補助範囲 | 区 分 | 対 象 者 | 補 助 金 額 |
|---------|----------------------|-----------|----------------------|
| | インフルエンザ (新型 / 季節性) | 被保険者・被扶養者 | 1回あたり 上限 4,000円 (税込) |

- 医療機関からの「領収書」(コピー不可)を申請書と一緒に提出してください。
 ※領収書は「個人別」のものであり、かつ下記の事項が記載されていること。(記載もれがある場合は、申請受付ができません。)
 ①接種を受けた方の氏名 ②接種日 ③接種を受けた医療機関等の名称及び所在地
 ④「インフルエンザ予防接種代」である旨の但書 ⑤接種にかかった費用等の記載があるもの
- 補助回数は、当該年度の接種期間内1回。但し、医師の指導により2回接種した小学生以下の被扶養者は、2回を限度とします。
 (小学生以下の2回法は、1回毎に上限4,000円(税込)を補助します。)
- インフルエンザ予防接種期間は、毎年10月1日～12月31日。
- 申請締切は、翌年の1月31日。(健康保険組合必着)です。
 ※締切日を過ぎた場合は補助できませんのでご注意ください。
 ※ご家族がある方は、まとめて申請してください。
- 補助金は、原則として申請書を当組合が受付けた月の翌月の末日迄に、事業主経由で支給します。
 (任意継続被保険者の方はご指定の振込口座へ振り込みます。)

受 付 印

オオゼキ健康保険組合
2021.4.1改版