

支給	年	月	日	決	常務理事	事務長		担当
記入例				健保記載欄				
取得	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	健保 太郎
	番号 ××××		
鉛筆、フリクションペン不可	00-0000	所属店舗名	××店

◎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	健保 記 入 欄
健保 花子	被扶養者	×××× 円	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	
健保 一男	被扶養者	×××× 円	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	
健保 一子	被扶養者	×××× 円	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	
	被扶養者	円	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	

委任欄の署名をお願いします。

■ 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。	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 (氏名) 健保 太郎
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 checked="" type="checkbox"/>	この届出に ① 申請者 ② 記載内容 チェックの無い場合は、受付ができません。 忘れずに、✓して下さい。
-----	-------------------------------------	--

■ 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)

2. 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

3. 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。)

4. インフルエンザ予防接種期間は、毎年10月1日～12月31日。

5. 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。

6. 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