

記入の前に、留意事項を必ずご確認ください！

提出前に本申請書と領収証(書)の写しを保管しておいてください。

確保受付印

★領収証(書)の原本は、この申請書の裏面に貼付して下さい。

領収証(書)に以下の項目がありますか？

(口にチェックを入れてご確認の上、ない場合は医療機関に記載を依頼して下さい)

- 接種者氏名 接種日 接種代金 肺炎球菌予防接種代として等の但し書き
- 医療機関名 医療機関の領収印

※領収証(書)に肺炎球菌予防接種代と記載がない場合のみ、診療明細書、問診票、予防接種済証のコピーを添付して下さい。(原本は送付しないで下さい)

高齢者肺炎球菌予防接種補助金支給申請書

☆書類送付先

社内便：(延岡)旭化成健康保険組合(肺炎球菌予防接種担当)

郵送：〒882-0847 宮崎県延岡市旭町2-1-3

旭化成健康保険組合 肺炎球菌予防接種担当

捺印もれ注意！
(日付印、シャチハタ印は無効)

申請者(本人)記入部分	提出日	令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> 本枠内にもれなく記入してください				
	被保険者証 (06450019は違います)				被保険者(従業員・任意継続本人)氏名				朱肉印	
	記号	番号							印	
	所属(事業会社・部工場・課・係等メールの届く所属名) *任意継続の方は記入不要です							職場電話番号 (任意継続の方は自宅)		
	接種者氏名		続柄	生年月日	年齢	接種金額				
	1	フリガナ	本人 家族	昭和 年 月 日		円				
	2	フリガナ	家族	昭和 年 月 日		円				
	3	フリガナ		昭和 年 月 日		円				

- 注) 1. 補助対象者は、65歳以上で旭化成健保の被保険者及び被扶養者の資格を有している方。
 ・年度内に65歳に到達する者も対象とする(65歳到達者については、地方自治体の生年月日基準に則る)
 ・過去5年以内に当健保より補助を受けた人は対象となりませんのでご注意ください。
 ・市区町村の助成を受けた方も、自己負担金がある場合は、支給対象とします。
2. 補助額は上限3,000円/人を限度とします。3,000円に満たない場合は実費(税込み)を補助します。
3. 該当接種期間は、当年4月1日から翌年3月末日とします。
(接種時に対象者であれば、過去の接種についても申請可能です)
4. 毎月25日までに健保に申請書が届いたものについて、翌月の給与(または指定口座)へ振り込みます。
5. 個人情報の保護に関する取扱いについて
 本申請に関して、申請書等に記載していただく個人情報については、この高齢者肺炎球菌予防接種補助金支給に関してのみ使用され、他に利用されることはありません。

★提出前に申請書の記載内容、押印、領収証(書)の必要事項項目(特に、領収印)に漏れがないか再度確認をお願いします。

旭化成健康保険組合			
NO	~		

