

★領収証の原本は、この申請書の裏面に貼付して下さい。

★領収証に関する留意事項

必ず下記項目の記載があるかご確認ください

(内容に不備がある場合は、医療機関に追記、捺印を依頼してください)

- 接種者氏名 ■接種日 ■「インフルエンザ予防接種代」の記載
- 接種代金 ■医療機関名 (「インフルエンザ」の文言は、必ず必要です)
- 医療機関の捺印 (必ず必要ですので、ご注意ください)

健保受付印

(様式1)

記入例

提出前に本申請書と領収証の写しを保管しておいてください。

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

☆送付先 → 社内便：(延岡) 旭化成健康保険組合 (インフルエンザ担当)

郵送：〒882-0847 宮崎県延岡市旭町2-1-3
旭化成健康保険組合 (インフルエンザ担当)

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	2019年12月10日							太枠内にもれなく記入してください			*最終期限3月15日健保必着厳守! ※ 締切日が変更になっていますので、ご注意ください!			
	被保険者証 (06450019は違います)				被保険者(従業員)氏名						朱肉印				
	記号	番号(右づめ)							旭 太郎			旭			
	<input checked="" type="checkbox"/> 20	1	2	3	4	5	6	7							
	<input type="checkbox"/> 21														
	所属(地区・事業会社・部工場・課・係等メールの届く所属名) *任意継続の方はご住所をご記入ください								日中連絡可能な 電話番号(職場、携帯等)						
	(延岡) パンベルグ工場 製造第2課								090-1234-5678						
	接種者氏名(保険証に記載の漢字をご記入ください)								続柄		接種金額				
	1	フリガナ	アサヒ タロウ						本人	扶養 家族	3	5	0	0	円
	2	フリガナ	アサヒ ハナコ								3	5	0	0	円
3	フリガナ	アサヒ イチロウ						3			5	0	0	円	
4	フリガナ	以下余白						扶養 家族					円		
5	フリガナ												円		
6	フリガナ												円		
7	フリガナ												円		

※ お名前のない一番上の氏名枠には、「以下余白」とご記入ください(記入例参照)

- 注) 1. 補助対象者は、旭化成健康保険組合加入の被保険者と被扶養者です
※扶養家族の申請は、扶養している被保険者従業員が申請してください(ご夫婦とも被保険者の方は特にご注意ください)
2. 補助額は年度上限1,000円/人を限度とします。(1,000円に満たない場合は実費を補助します)
3. 申請書の受付期間は、当年10月1日~翌年3月15日(健保必着)とします
※締切日が変更になりましたので、ご注意ください!!
※毎月25日(3月は15日)までに申請書が健保に届いたものについて、翌月の給与(または指定口座)へ、振込みとします
4. 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、このインフルエンザ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。

旭化成健康保険組合

支給決定番号(健保記入)

NO

~