

インフルエンザ予防接種補助金申請書

UACJ健康保険組合

申請年月日 (西暦年月日)	2022年12月2日											
健康保険 被保険者証番号	記号 (左詰め・3桁)	1	0	0	番号 (左詰め・7桁)	1	9	9	9	9	9	9
社員番号(6桁)	9	9	9	9	9							
氏名	遊泳 太郎											
所属会社・部署	所属会社	(株)UACJ				所属部署	●●部●●グループ					
申請対象者	※本申請にかかる対象者人数と支払総額を記入願います。											
	申請区分	人数	支払合計金額(円)									
	本人	1	4,850									
	被扶養者	1										

【ご注意】

★本人及び被扶養者等複数の人が接種したものについて申請される場合は、本申請書にまとめて「1家族1申請」でお願いします。

★補助金申請対象者はUACJ健保組合の被保険者(本人)および被扶養者(家族)となります。

★補助額は上記対象者1人につき、2,000円を限度に実費補助となります。(2,000円を超えた額は自己負担となります。)

【領収書添付エリア↓↓】

※本申請書を印刷の上、こちらに領収書を貼ってください。(貼りきれない領収書は、本申請書裏面に貼ってください。)

※領収書は、**予防接種の接種者氏名と予防接種の記載がある医療機関発行のもの(原本)**に限ります。

★領収書をもらう際の注意点		領 収 書	
遊泳 太郎 様		No.	
宛先は接種者名で発行(フルネーム) ※接種家族が複数いれば各人分の領収書をもらう		発行日	
金額 ¥4,850 (税込)			
但 インフルエンザ予防接種代 上記正に領収いたしました。		インフルエンザ予防接種の記載があること	
印 取 込 入	内 訳	UACJ診療所	
	税抜金額	〒100-0004	
	消費税等	東京都千代田区大手町1-2-3 東京サンケイビル	
		TEL :	診療所 UACJ
		FAX :	

※予防接種とだけ記載の場合、なんの予防接種かわからないため、「インフルエンザ
予防接種」と記載してもらうようにしてください。