

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<br>(西暦年月日) | 年 月 日                      |    |           |  |                |      |  |  |  |  |  |  |
| 健康保険<br>被保険者証番号  | 記号<br>(左詰め・3桁)             |    |           |  | 番号<br>(左詰め・7桁) |      |  |  |  |  |  |  |
| 社員番号(6桁)         |                            |    |           |  |                |      |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名              |                            |    |           |  |                |      |  |  |  |  |  |  |
| 所属会社・部署          | 所属会社                       |    |           |  |                | 所属部署 |  |  |  |  |  |  |
| 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                         |    |           |  |                |      |  |  |  |  |  |  |
|                  | 被扶養者                       |    |           |  |                |      |  |  |  |  |  |  |

【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」をお願いします。
- ★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。

領収証原本添付