

提出先：事業所(会社)、任意継続被保険者はユアサ健康保険組合

インフルエンザ予防接種補助金申請書（個人用）

■申請書提出締切日および補助金支給日は、事業所(会社)に確認してください。

■任意継続被保険者（記号番号の記号が3098）は、2月28日健保組合必着

太枠内を漏れなく記入してください。

被保険者の記号・番号		被保険者氏名（自署の場合は㊟省略可）		社員番号	事業所名（会社名）
—		㊟			

接種者氏名	続柄	1回目接種日	実施医療機関	接種費用(税込) 2回接種の場合は 合計金額を記入	健保記入欄
		2回目接種日			補助額
		年 月 日			3,000 円
		年 月 日		円	円
		年 月 日			3,000 円
		年 月 日		円	円
		年 月 日			3,000 円
		年 月 日		円	円
		年 月 日			3,000 円
		年 月 日		円	円
合 計				円	円

■チェック欄☑で確認の上、申請してください（不備がある場合は補助できません）。

領
収
証
貼
付
欄

- ☐ 領収証の**原本**をのりで貼付しました。
（ホチキス使用不可。貼付欄に貼れない場合は裏面やA4サイズの別紙に貼付。）
- ☐ 領収証には『接種者氏名』『金額』『接種日』『インフルエンザ予防接種である旨』の記載があります。
（明細書に記載されている場合には明細書も貼付。）
- ☐ 自治体等で補助を受けているので、補助額を除いた金額で申請しています。
- ☐ 接種日は10月1日～翌年1月末日です。
- ☐ 接種した者は、接種日現在、被保険者または被扶養者の資格があります。
- ☐ 申請は期間中1回のみ、補助額は1人につき3,000円が上限であることを理解のうえ申請します。
（3,000円未満の場合は実費支給。2回接種の場合は合計額が申請対象。）

<個人情報について>

ユアサ健康保険組合は、あなたの個人情報をこの事業のみに使用し、それ以外の目的には使用しません。
個人情報についての詳細はホームページ等をご覧ください。

<https://www.yuasakenpo.or.jp/privacy/>

インフルエンザ予防接種補助金申請についてのご案内

注

申請前にご一読の上、不備のないよう申請してください
申請内容や申請書類に不備がある場合は、補助金を支給できません

	社員の方	任意継続被保険者の方
申請方法	『インフルエンザ予防接種補助金申請書(個人用)』の 太枠内に漏れなく記入、必要により押印の上、 領収証原本 を貼付	
提出先	事業所(会社)に提出	ユアサ健康保険組合に直接送付 〒101-0048 東京都千代田区神田司町2丁目6番地 神田平沼ビル8階 インフルエンザ予防接種担当者あて
対象者	被保険者および、被扶養者で接種日に資格を有する方 ＊フルミスト(鼻スプレー式生ワクチン)の対象年齢は2歳以上19歳未満のみ	
対象接種期間	10月1日から翌年1月末日	
補助金額	1人3,000円を上限とし、3,000円未満の場合は実費を支給 ＊2回接種の場合は合計額が申請の対象 ＊自治体等の補助を受けている場合はその補助額を除いた額が申請の対象	
補助金 支給方法	事業所(会社)を経由して支給 被保険者への支給日は事業所に確認	3月末日までに ユアサ健康保険組合から直接支給
申請期限	事業所(会社)に確認	2月28日ユアサ健康保険組合 必着

領収証に漏れや間違いがないか確認してください

② 診療費請求書 兼 領収証 ①		③ 領収証 ①																																																			
氏名 ○○○○ 様		○○○○ 様																																																			
診療日: 令和X年X月X日		令和X年X月X日																																																			
<table border="1"> <tr> <td>初・再診療</td><td>医学管理</td><td>在宅医療</td><td>検査</td><td>画像</td><td>投薬</td></tr> <tr> <td>0点</td><td>0点</td><td>0点</td><td>0点</td><td>0点</td><td>0点</td></tr> <tr> <td>注射料</td><td>リハビリテーション</td><td>専門療法</td><td>処置料</td><td>手術料</td><td>麻酔料</td></tr> <tr> <td>0点</td><td>0点</td><td>0点</td><td>0点</td><td>0点</td><td>0点</td></tr> <tr> <td>放射線治療</td><td>その他</td><td>診療観点検</td><td></td><td></td><td>①診療負担金</td></tr> <tr> <td>0点</td><td>0点</td><td>0点</td><td></td><td></td><td>0点</td></tr> </table>		初・再診療	医学管理	在宅医療	検査	画像	投薬	0点	0点	0点	0点	0点	0点	注射料	リハビリテーション	専門療法	処置料	手術料	麻酔料	0点	0点	0点	0点	0点	0点	放射線治療	その他	診療観点検			①診療負担金	0点	0点	0点			0点	<table border="1"> <tr> <td>保険</td><td>文書料</td><td>保険外負担</td><td>自費その他</td><td>予防接種</td><td>消費税</td><td>②自費合計</td></tr> <tr> <td></td><td>0円</td><td>0円</td><td>0円</td><td>3,500円</td><td>0円</td><td>3,500円</td></tr> </table>		保険	文書料	保険外負担	自費その他	予防接種	消費税	②自費合計		0円	0円	0円	3,500円	0円	3,500円
初・再診療	医学管理	在宅医療	検査	画像	投薬																																																
0点	0点	0点	0点	0点	0点																																																
注射料	リハビリテーション	専門療法	処置料	手術料	麻酔料																																																
0点	0点	0点	0点	0点	0点																																																
放射線治療	その他	診療観点検			①診療負担金																																																
0点	0点	0点			0点																																																
保険	文書料	保険外負担	自費その他	予防接種	消費税	②自費合計																																															
	0円	0円	0円	3,500円	0円	3,500円																																															
<table border="1"> <tr> <td>③前回未収金</td><td>※今回請求額</td><td>領収書合計</td></tr> <tr> <td>0円</td><td>3,500円</td><td>3,500円</td></tr> </table>		③前回未収金	※今回請求額	領収書合計	0円	3,500円	3,500円	④ 金額 但 インフルエンザ予防接種代として 上記正に領収いたしました ⑤																																													
③前回未収金	※今回請求額	領収書合計																																																			
0円	3,500円	3,500円																																																			
※①+②+③ 上記の通り領収いたしました。 ⑥		⑥ ○○市○○町XX-XX ○○○○クリニック 医院長 ○○ ○○																																																			

「領収証」は以下の記載事項が確認できるものに限りです

- ①領収証(領収書)と記載があり、原本であること
- ②接種者のフルネーム(漢字間違いに注意!)
- ③接種年月日
- ④支払金額
- ⑤インフルエンザ予防接種代である旨の記載がある
明細書や接種済証に記載されている場合には、それらも提出してください
- ⑥医療機関名など領収証の発行者

【注意】

- ★明細書や接種済証のみでは申請できません
- ★領収証の記載事項を修正ペン等で修正したものでは申請できません
- ★接種者が複数の場合は、接種者ごとに領収証を発行してもらうか、
接種者名ごとの内訳金額が記載されている明細書が必要です
- ★接種機関は日本国内に限ります



要確認