

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）
XXXX — XXXX		健保 太郎 ㊟		XXXX	〇〇〇〇株式会社

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
健保 太郎	本人	XX年XX月XX日 年 月 日	〇〇〇〇クリニック	X,XXX 円	3,000 円
健保 花子	妻	XX年XX月XX日 年 月 日	〇〇〇〇クリニック	X,XXX 円	3,000 円
健保 次郎	長男	XX年XX月XX日 年 月 日	〇〇〇〇クリニック	X,XXX 円	3,000 円
		年 月 日 年 月 日		円	3,000 円
		年 月 日 年 月 日		円	3,000 円
合 計				X,XXX 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/>