

申請書は接種される補助対象者すべての接種が済んでから、まとめて申請してください。  
2,000円（一人あたり）を限度として補助を行います。

## 「インフルエンザ予防接種」補助金申請書

下記のとおり「インフルエンザ予防接種」を受けましたので、補助金を申請します。

請求日：平成 年 月 日

### 【申請する方】

社 員 番 号	事 業 所 の 名 称		
被 保 険 者 氏 名	内 線 番 号		
フカナ			
印			
接 種 年 月 日	←ご家族の接種日がそれぞれ異なる場合は、一番最初の接種日を記入してください。		
平成 年 月 日			

※トプコン健康保険組合へ現金受取りにお越しになれない方ご記入願います。（地方勤務の方）

振込希望銀行	銀行	支店	普通	口座番号
--------	----	----	----	------

### 【接種した方】

補助の対象となる方は、接種の日に当組合の被保険者・被扶養者の資格がある方です。

資格	氏 名	接 種 し た 医 療 機 関 名		補 助 請 求 額
		接 種 年 月 日	支 払 っ た 費 用	
被 保 険 者		医 療 機 関 名		円
		年 月 日	円	
被 扶 養 者 ①		医 療 機 関 名		円
		年 月 日	円	
被 扶 養 者 ②		医 療 機 関 名		円
		年 月 日	円	
被 扶 養 者 ③		医 療 機 関 名		円
		年 月 日	円	
被 扶 養 者 ④		医 療 機 関 名		円
		年 月 日	円	
被 扶 養 者 ⑤		医 療 機 関 名		円
		年 月 日	円	
接 種 し た 方 の 合 計 人 数		支 払 っ た 費 用 の 合 計		補 助 請 求 額 の 合 計
人		円		円

申請書は接種される補助対象者すべての接種が済んでから、まとめて申請してください。  
2,000円（一人あたり）を限度として補助を行います。

【申請上の注意】

接種期間	今回、補助の対象となるのは平成29年10月から平成30年2月までの間に接種した「インフルエンザ予防接種」の費用に対しておきます。		
申請の回数	申請書の提出はご家族まとめて1回限りです。接種されるご家族全員の接種が済んでから、まとめて申請してください。		
申請先	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地方事業所以外に勤務の被保険者は 直接、トプコン健康保険組合へ</li> <li>● 地方事業所に勤務の被保険者は 各事業所ご担当者へ</li> </ul>		
申請締切日	各月末（但し、最終は平成30年3月5日必着分までとします）		
支払った費用と補助申請額	ご家族お1人ずつの支払った費用と補助請求額を記入してください。補助申請額は、お一人当り2,000円が限度です。ただし、支払った費用の範囲内となります。		
2回接種された方の場合	医師の判断により2回接種された場合、2回分まとめてご記入ください。		
	記入方法	接種年月日	1回目の接種日を記入してください。
		支払った費用	2回分の合計金額を記入してください。

【補助金の支払方法】

申請書を受付した翌月25日に申請先よりお支払します。

※但し、事業所ご担当者に申請された方は、事業所を通じてお支払いします。

領 収 証 貼 付 欄
<p>接種医療機関が発行した「領収証」(原本)を貼付してください。(必須)</p> <p>領収書(レシート不可)には次の項目を明記してもらってください。</p> <p>【1】接種者氏名(複数人数で接種の場合、人数分発行してもらってください)</p> <p>【2】受診内容(インフルエンザ予防接種と明記)</p> <p>【3】医療機関名</p> <p>【4】接種年月日</p>

不明な点は健康保険組合 島田、安田までお問合せ下さい。(電話番号03-3966-1244・内線3591)