

申請ルート:申請者(被保険者) → ミットヨ健康保険組合

インフルエンザ予防接種補助金申請書

領収書を添付して提出してください

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	被保険者証記号		被保険者証番号		申請日	年	月	日
	氏名	氏		名	社員番号			
					生年月日		年	月
	所属名称							
住民票住所	〒 -							
接種機関名								
接種日	年 月 日							
総 額	円		補助金額 (健保組合記入欄)		円			

《注意事項》

- 補助対象となる接種期間は10月1日～12月31日です。補助金申請期限は受診日翌年の2月末日までです。
- 上記受診期間および申請期限を過ぎた申請には補助金のお支払ができませんのでご注意ください。
- 補助はお1人につき期間中1回のみ、補助上限額は1,000円(税込)までです。
- 健康保険証を使用した保険診療は適用されませんので、ご注意ください。
- 毎月20日までに健康保険組合に到着したものは、翌月の給与と一緒に支払いたします。
- 領収証は誰に何の補助金を支給したかという重要な証明書類になります。以下の記載内容の必須項目をご確認のうえ、原本を添付してください。

【領収証記載内容の必須項目】

- ① 受診年月日
- ② 受診者の個人名(フルネーム) ※領収書の宛先は必ず受診者個人氏名でもらってください。
- ③ 支払金額
- ④ インフルエンザ予防接種をしたという但し書き(別紙内訳でも構いません)
- ⑤ 医療機関名住所連絡先
- ⑥ 医療機関領収印

申請に必要な書類を今一度ご確認ください健康保険組合までご申請ください

- インフルエンザ予防接種補助金申請書
- 領収書原本(※宛名には受診者ご本人氏名を明記)
- ※領収書必須記入項目の記載があるか確認してください

健保組合受付欄