

インフルエンザ予防接種補助金申請書（個人用）

※ 任意に医療機関で接種を受け、全額を自費で支払った場合の申請書

※ 補助金は、ご家族分と一緒にの申請（保険証の記号-番号単位）をお願い致します。

ニチバン健康保険組合 御中

下記のとおりインフルエンザ予防接種をしましたので、補助金の支給を申請します。

* もれなく記入・捺印し、領収書を添付して下さい。 申請日 年 月 日

被保険者名（申請者氏名）		（自署の場合印鑑は不要です）									
		印									
被保険者の 記号 — 番号		—									
会社名		事業所名									
接種者氏名		続柄		接種日（西暦）							
		本人			年		月		日		
					年		月		日		
					年		月		日		
					年		月		日		
					年		月		日		
					年		月		日		
費用総額 （ご家族合算の金額を記入下さい）		円									
補助金申請額 （ご家族合算の金額を記入下さい）		2,000円 X		人（ ）回		円					
振込先口座記入欄 ※給料口座又は会社登録の経費精算口座を記入下さい。 ※三菱UFJ口座をお持ちの方はその口座を記入下さい。	銀行名	コード						支店名	コード		
	口座種類 ☐ 普通 ☐ 当座			いずれかにチェックまたは で囲んでください。							
	口座番号(7桁)										
	口座名義(カタカナ)										

■ ご注意ください ■

- ・ 補助金対象はニチバン健保加入の被保険者本人と被扶養者（家族）となります。
- ・ 対象期間中に 1 人あたり 1 回2, 000円を上限としてお支払いします。
（但し12歳までのお子様の場合は2回までの4, 000円を上限とします）
- ・ 領収書の原本を裏面に貼るかホチキス止めをして提出願います。

※領収書の原本の返却はできませんのでご注意ください。

※ゆうちょ銀行の場合は銀行コード 9900 で、全銀協向けに変換した支店コード（3桁）と口座番号（7桁）を記入してください。