

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					
保険証の 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	
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 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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 ■

・ 補助金対象の被扶養者(家族)は、健保加入の0歳～18歳の方になります。

配偶者は対象外です。

・ 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。