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、ご家族分と一緒の申請（保険証の記号−番号単位）でお願い致します。

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下さい。

※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。

2024.12改版