

予防接種費用補助金支給申請書

ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿

下記のとおり予防接種を受けましたので、補助金の支給を申請します。

■被保険者

被保険者			提出日	令和	年	月	日
被保険者等 記号番号	記号		被保険者 氏名				
	番号						
従業員番号			所属店舗／部署				
連絡先電話番号	事業所(店舗) ()		—	携帯(自宅) ()		—	

■接種を受けた方

予防接種の種類 (該当するものを1つ ○で囲んでください。)	インフルエンザ		乳幼児対象の予防接種			
	子宮頸がん		・ムンプス(おたふくかぜ) ・水痘(水ぼうそう)			
	高齢者用肺炎球菌		・Hib(ヒブ) ・肺炎球菌 ・B型肝炎 ・ロタウイルス			
接種を受けた方	(ふりがな)				本人・家族	
	氏名				男・女	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				
接種を受けた医療機関名						
接種を受けた日	令和 年 月 日	支払金額計 (消費税を含む。)		円		
	令和 年 月 日					

■注意事項

1. 補助対象者等

区分	対象者	補助額
インフルエンザ ※フルミストも対象となります。	被保険者・被扶養者	接種費用の全額 (お住まいの自治体から補助がある場合は、公費優先。 (全額補助でない場合は、個人負担した額を補助。))
乳幼児 ムンプス、水痘、 Hib、肺炎球菌、 B型肝炎、ロタウイルス	被扶養者	
子宮頸がん	被保険者・被扶養者	
高齢者用肺炎球菌	被保険者・被扶養者	

2. 申請は接種者別、予防接種の種類毎に本申請書を使用・作成してください。

3. 領収書(コピー不可)を申請書の裏面に貼付(のりづけ)し、ご提出ください。(領収書には、予防接種名(インフルエンザ、ムンプス等)の記載が必要です。同時に発行された明細書に記載がある場合は併せて添付してください。また、必ず接種者氏名を記載のうえ、接種者別に発行してもらってください。)

4. インフルエンザで医師の指導等により2回接種した場合は、2回分をまとめて申請してください。(領収書は2回分とも貼付。)

5. Hib(ヒブ)、子宮頸がん等で接種が数回にわたり、接種間隔が開く場合は、接種の都度1回毎の申請でも差し支えありません。

6. 補助金の支払い時期は、原則として申請書を当組合が受け付けた月の翌月20日に、被保険者の給与振込口座(任意継続被保険者の方は給付金等振込口座)へ振り込みます。(給与振込口座への振り込みを希望されない場合は、お申出ください。)なお、振込金額の詳細につきましては、3か月に1回お渡ししている医療費通知をご確認ください。

7. お住まいの自治体が当該予防接種費用の全額補助を実施する場合は、そちらを優先してください。補助が全額でなく、一部を個人負担した場合は、個人負担額が明記されている領収書等(コピー不可)を申請書の裏面に貼付(のりづけ)し、ご提出ください。

受付日付印