

健 保 欄	常務理事	事務長	再鑑	担当

## インフルエンザ予防接種補助金申請書

年 月 日

三菱UFJ証券グループ健康保険組合理事長殿

インフルエンザの予防接種を受けましたので、領収証(原本)を添え補助金の交付を申請いたします。

被保険者が所属している事業所(会社)	三菱UFJモルガン・スタンレー証券									
所属部室店名								内線又は外線		
被保険者証の記号・番号 (保険証を確認し正確にご記入下さい)	記号			1	番号					
被保険者氏名	㊟ (保険証記載の氏名。社内姓は不可)									
接種者名	続柄 (例:本人・妻・長男)	接種年月日 (予防接種を受けた日)			接種費用 (1回分のみ)	※補助額 (健保記入欄)				
①		年	月	日	円	円				
②		年	月	日	円	円				
③		年	月	日	円	円				
④		年	月	日	円	円				
⑤		年	月	日	円	円				
⑥		年	月	日	円	円				
合計					円	円				

委任状	本申請書に基づく補助金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日	※健康保険組合が申請者名義以外の口座(代理人(事業所)の口座)に振込をする為、申請者の委任状が必要です。(事業所は給与支給時に申請者に支給します。)
	被保険者氏名 ㊟ 代理人の住所: 東京都大手町1-9-2 代理人の氏名: 三菱UFJモルガン・スタンレー証券株式会社 ㊟	

受領欄	上記の金額を受領しました。 年 月 日
	受領者の住所: 東京都千代田区大手町1-9-2 受領者の氏名: 三菱UFJモルガン・スタンレー証券株式会社 ㊟

- (注) 1 太枠欄に必要事項を記入・押印の上、提出してください。  
2 幼児等で1回分を2回に分けて接種し、1回目で上限にならない場合は、2回目の日付を「接種年月日」欄に記載してください。(領収証は、1回目・2回目両方を添付してください。)  
3 「接種費用」欄は、領収証の金額が3,300円(税込)以上の場合には3,300円を、3,300円(税込)以下の場合には実費を記載してください。

【2024年10月版】