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

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　　㊞

※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。)

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)以上の場合は3,300円を、3,300円(税込)以下の場合は実費を記載してください。

【2023年10月版】