

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

2024 年 11 月 5 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	三菱UFJ銀行 渋谷支店内 渋谷ACデスク					内線又は外線	99-00-99999				
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	9	9	9	9	9	9	
被保険者氏名	三菱 太郎 (印) (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	三菱 太郎	本人	2024	年	10	月	31	日	3,300	円	円
②	三菱 花子	妻	2024	年	10	月	31	日	3,300	円	円
③	三菱 次郎	長男	2024	年	10	月	31	日	3,000	円	円
④	三菱 三郎	次男	2024	年	10	月	31	日	3,000	円	円
⑤			年		月		日		円	円	
⑥			年		月		日		円	円	
合 計									12,600	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。 2024 年 11 月 5 日 被保険者氏名 三菱 太郎 (印)	※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。)
	代理人の住所: 東京都千代田区大手町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 (印)	

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 (印)
-----	--

- (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。

【2024年10月版】