

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。

被保険者証の記号・番号 (保険証を確認し正確にご記入下さい)		記号			番号							
被保険者氏名		①										
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					

- (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。
4 「申請書」及び「領収証(原本)」は、2024年2月9日(金)迄、健康保険組合必着でお送りください。
5 市区町村から補助が出た場合、その額は対象外となります。

【2024年10月版】
(任継・特退用)