

《提出先》

健保

事業所→事業所担当者

支給決定伺

				決裁年月日	平成	年	月	日
				伺年月日	平成	年	月	日
理事長	常務理事	事務長	係	支給決定額				

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者は①②に記入・捺印してください。事業主は③に記入・捺印してください。

①被保険者が記入するところ	保険証の記号番号	記号	番号	連絡先(内線or外線)	
	被保険者名	(フリガナ)			
		⑩			
	事業所名	保険証の「事業所名称」を記入			
	勤務先名				
	接種日	平成	年	月	日
	接種を受けた医療機関				
接種費用(総額)				円	

受取代理人の欄	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。					
			平成	年	月	日
	②被保険者(委任者)	住所	氏名	⑩		
		委任者と代理人との関係 ()				
	住所	氏名	⑩			
	③代理人					

事務局の欄	総費用	補助額	
	インフルエンザ接種料 総額	円	
	インフルエンザ接種料 自己負担額	円	
	インフルエンザ接種料 健保負担額	円	

【補助金額】

接種方法	補助金額
1 健保と契約の三友会(深川キャサリアクリニック)で接種した場合	1,000円の自己負担額を排除した額を健保が負担
2 1以外の健保と契約した医療機関で事業所内及び医療機関の院内で接種した場合	費用が3,000円以内の時は自己負担を排除した額を健保が負担 費用が3,000円を超える時は2,000円を上限額とし健保が負担 下記例)を参照
3 各自で選択した医療機関の場合	

【対象者】

フジクラ健保被保険者の希望者
任意継続被保険者は対象外

【支給方法】

㈱フジクラ給与扱いの方は給与から支給
上記以外は事業所経由

例)

接種費用	個人負担	健保負担
2,800円		1,800円
3,000円	1,000円	2,000円
3,500円	1,500円	2,000円
4,000円	2,000円	2,000円

(税込)

健保受付日付印