

【インフルエンザ予防接種補助金申請方法と注意事項】

接種の前に必ずご確認ください。不備のある申請は受付できません。

補助金対象となる 予防接種	当年度 9 月 1 日から 2 月 28 日までの期間に受けた インフルエンザ予防接種
補助の対象者	接種の日に、当健保組合の被保険者および被扶養配偶者の資格があり国内の医療機関で接種を受けた方（海外での接種は対象外）
補助金支給額	接種者 1 人につき 1 回限り、上限 3,500 円までの実費を支給
申請方法	<p>「インフルエンザ予防接種補助金支給申請書」に領収書の原本（コピーやレシートは不可※1）を添付して提出。</p> <p>◎領収書には次の項目すべての記載が必須です。</p> <p>（金額のみ表示の領収書は不可）</p> <p>①接種を受けた方の氏名（姓のみは不可） ②接種を受けた日 ③実施した医療機関名（印のあるもの） ④接種に要した費用 ⑤「インフルエンザ予防接種代」等接種の事実が確認できる表記。 領収書は接種者 1 人 1 枚必要です※2。</p> <p>※1 レシートしかもらえない場合は、<領収書必須項目①～⑤>が記入されていれば受付しますので医療機関にて追加記入してもらってください。</p> <p>※2 基本、領収書は 1 人 1 枚の発行ですが、合算となってしまった場合は必ず各人の内訳<領収書必須項目①～⑤>を医療機関で追加記入してもらってください。（レシートの場合も同様）</p>
提出先	事業所 ご担当者様
申請期限	当年度内の 2 月 28 日 健保必着
その他	<p>○医師の判断で 2 回以上接種した場合であっても、1 回の補助となります。（合算しての申請はできません）</p> <p>○予防接種以外に、通常の診療を一緒に受けた場合は、可能であれば領収証を分けて発行してもらってください。分けてもらえない場合、医療費控除に原本を使用する場合は、申請書の余白に返却理由を書いて原本をお送り頂ければ後日返却します。切手を貼った返信用の封筒を同封ください。</p> <p>○65 歳以上の方は、市区町村の「高齢者インフルエンザ予防接種費用補助」がある場合はその制度を優先して利用してください。制度を利用してもなお、自己負担がある場合は 3,500 円を上限に支給します。</p>
問合せ先	フジ日本健康保険組合：TEL 054-335-4046

理事長	常務理事	事務長	発議

インフルエンザ予防接種補助金申請書

フジ日本健康保険組合理事長殿

事業所名 _____

被保険者氏名 _____

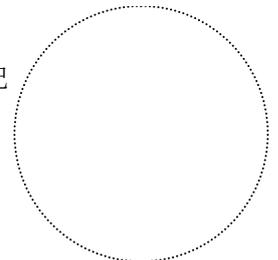
下記の通りインフルエンザ予防接種を受診しましたので補助金の交付を申請します。

記号番号		-	
被 保 険 者	氏名		
	受診日	令和 年 月 日	配偶者
	費用額	円	受診日
		令和 年 月 日	費用額
		円	円
委 任 状	私は _____ を代理人と定めインフルエンザ予防接種補助金の受領方を委任します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> _____ 被保険者名		
	受領代理人 事業所名 <div style="text-align: center;">氏 名</div>		

添付書類 ●接種費用の領収書（台紙に貼らず、申請書裏面に糊付け又はクリップ留め）
領収書には①～⑤の記載が必須です。記載漏れがある申請書は受付できません。

- ①接種を受けた人の氏名
- ②接種を受けた日
- ③実施した医療機関名
- ④接種に要した費用
- ⑤「インフルエンザ予防接種代」等接種の事実が確認できる表記

受付印



健保使用欄	システム入力日	年 月 日
	支給日	年 月 日
	支給合計	円