

裏面 に領収書をのり付けしてください。
複数枚添付の場合は少しずらして重ねて貼ってください。

(様式第1号)

インフルエンザ予防接種補助額申請書 (特退・任継用)

対象接種期間：2023年10月1日～2023年12月31日

申請書類提出期限：2024年1月31日 必着

健康保険証	記号		被保険者氏名		印
	番号				
実施人数		人	補助申請 合計額		円

【申請内訳】(1名の場合もご記入ください)

接種者氏名	性別	生年月日	続柄	接種した日		補助申請額
				(対象日10.1～12.31)		※4,000円を超える場合は4,000円と記入 ※4,000円未満の場合は実費を記入
		昭平令		令		円
		昭平令		令		円
		昭平令		令		円
		昭平令		令		円
		昭平令		令		円
		昭平令		令		円
合計						円

【補助内容】

- 補助の対象は、予防接種時に大和証券グループ健康保険組合の被保険者及び被扶養者である人
- 補助額は、年度当たり、1人1回4,000円を限度とし、4,000円未満はその実費相当額
- 対象期間は**2023年10月1日から12月31日接種分まで**
- 申請の受付期限は**2024年1月31日必着**です。
これ以降の申請は受付できませんので、期限にご留意ください。

【申請・支払方法等】

- この申請書に領収書を貼付して、健康保険組合へ申請してください。
領収書は、この申請書の裏面にのり付けしてください。
- 1家族1枚の申請書に記載してください。(複数回・複数枚での提出は不可)
2回接種法(13歳未満に限る)の場合は2回目の接種終了後に世帯分まとめて1回でご請求ください。
- 領収書は必ず「接種者氏名・接種者ごとの金額」と「インフルエンザ予防接種費用である旨」が明記されているものを提出してください。記載が無い場合は、記載のある「接種済書」も添付してください。
- 2～3ヵ月後にご登録いただいている口座へ振り込む予定です。