

※令和4年(2022年)3月31日接種分まで

令和4年9月改訂

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

インフルエンザ予防接種補助金申請書

※太枠内を全てご記入ください。

申請者	記入日	令和 年 月 日		
	被保険者証	記 号	番 号	被保険者 氏 名
	会社名 ※休派者は休派先			日中連絡先 (TEL)
	e-mail			

領収書は、①～⑥に記入した氏名順・接種日順に申請書の後ろ左上にホチキス留めしてください。

補助対象者 (健保加入者)	氏名	続柄	年齢	接種日	2回目接種日 ※13歳未満の方が対象	予防接種の費用 ※2回法の場合は合計
	①			R 年 月 日	R 年 月 日	円
②			R 年 月 日	R 年 月 日	円	
③			R 年 月 日	R 年 月 日	円	
④			R 年 月 日	R 年 月 日	円	
⑤			R 年 月 日	R 年 月 日	円	
⑥			R 年 月 日	R 年 月 日	円	

統廃合により金融機関名・支店名が変更されている場合があります。必ずご確認の上、金融機関情報をご記入ください。記入内容に誤りがある場合、確認・訂正のため振込みが遅れることがありますのでご注意ください。

振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号(右づめでご記入ください)	口座名義(カタカナ)
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄		
金融機関 コード		支店 コード			

※振込は健保受付月の翌月末となります。なお、健保から振込通知は行いませんので預金通帳でご確認ください。

【注意事項】

- 補助対象者は、接種日時点において三菱重工健保に加入している被保険者・被扶養者となります。
 - 医療機関の「領収書」の原本(レシート不可)を必ず添付してください。※領収書は返却いたしません。
なお、「領収書」には医療機関にて次の①～⑥の内容を必ず明記して頂いてください。
- | |
|--|
| ① 接種者氏名(フルネーム) |
| ② 接種費用(接種者個人ごとの表記) |
| ③ 接種日 |
| ④ 医療機関名 |
| ⑤ 医療機関印(領収印) |
| ⑥ インフルエンザ予防接種代金であることの記載(予防接種代・ワクチン代では不可)
※医療機関から「インフルエンザ予防接種済証明書」または「診療明細書」の交付を受けている場合は領収書とあわせてご提出ください。 |
- 申請期限は、接種日から1年です。期限内に健保にて受付できない場合は補助金が受けられませんのでご注意ください。
 - 補助申請は、接種者1人あたり年度内に1回です。
※2回法(13歳未満の方が対象)で接種された場合は、2回分の領収書をあわせてご提出ください。
(別々に申請されると1回分だけの補助になりますのでご注意ください)

<送付先> 郵送の場合・・・〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-1-1 国際ビル4階 三菱重工健康保険組合 保健事業G 宛
重工構内便を利用される場合・・・丸の内/国際ビル 三菱重工健康保険組合 保健事業G 宛

組合 記入 欄	補助金支給決定額	健保受付印
	円	