

三菱UFJニコス健康保険組合 行

※ 太枠内は、記入しないで下さい。

| | | | | | | | |
|------|-------|------|-----|----|----|---|-------|
| 同年月日 | 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 担当 | 資格 | 得 | 年 月 日 |
| 補助金額 | | | | | | 喪 | 年 月 日 |

提出前にご確認ください！ (□にレ印を入れてください)

①～④書類に不備がある場合はご返却させていただきます。

① 領収書は原本ですか？(領収書等の提出書類の返却は原則行いません。)

※ロット番号シール、予防接種済証は提出せず原本をご自身で保管してください。(返却いたしません)

※インフルエンザ予防接種費用は現行の医療費控除の対象外です。セルフメディケーションによる申告で必要な場合は欄外の返却希望欄をご記入ください。(上記以外の理由で返却希望の場合は「返却希望」と「理由」を付箋に記載し貼付してください。)

② 領収書に「インフルエンザ予防接種代」と明記されていますか？(未記載の場合は、「診療明細書」を添付)③ 領収書に全接種者の氏名と、金額内訳が記載されていますか？

※例：家族(複数名分)をまとめた領収書の場合、全接種者の氏名および全員の金額内訳を記載。未記載の場合は、全員分の「診療明細書」を添付。

※申請は家族でまとめて一度に行ってください。

④ 申請書に領収書を添付(クリップ留)していますか？(糊付けはしないでください)セルフメディケーションによる申告で領収書を使用します⇒ 領収書返却希望

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

| | | | |
|----------------|----------------|------------|--|
| 保険証 記号 - 番号 | (記号) (番号) - | 被保険者 氏名 | |
| 事業所名称 | | 所属部署名 | |
| 内線 (直通電話) | | 日中の連絡先 | (<input type="checkbox"/>) (<input type="checkbox"/>) |
| 受診者氏名 | 続柄 | 実施日(年月日) | 費用 ※補助額(健保記入欄) |
| | | 令和 年 月 日 | |
| | | 令和 年 月 日 | |
| | | 令和 年 月 日 | |
| | | 令和 年 月 日 | |
| | | 令和 年 月 日 | |
| | | 令和 年 月 日 | |
| 合 計 | | | |

【備考】

- 受診者各人につき実費を上限に補助金を支給します。
- 接種の翌日より1年間は申請可能です。
- 補助金申請は、年度単位(4月から翌年3月)で1回限りです。

受付日付印

★ 補助金は保険証の記号1(三菱UFJニコス)の方は末締め翌々月の報酬支払時に上乗せ支給します。それ以外の方は、ご本人名義の口座を下記にご記入ください。

★ 補助金支給の対象月には給付金支給決定通知書(ピンク色)にて事前にお知らせします。

【補助金振込口座】

| | | | | |
|----------------|------------|----------------|------|-------------|
| 金融機関名(旧郵便局は不可) | 本店又は支店 | 預金種目 | 口座番号 | 口座名義人(被保険者) |
| 銀行・信組 農協・信金 | 本支店 出張所 | 1. 普通 2. 当座 | | ※フリガナを記入 |