

記入例

ニコス健康保険組合

※太枠内は、記入しないで下さい。

同年月日	年	月	日	常務
補助金額				

★領収書に明記されていますか？★
提出前に必ずご確認ください。

誰が何円で受けたかフル
ネームで記載があるか
(全員分まとめてある場合は内

手書きで
構いません

〇年〇月〇日

領収書

健康保様

3,500円也

**インフルエンザ
予防接種代として**

提出前にご確認ください！ (□にレ印を入

①～④書類に不備がある場合はご返却させてい

※予防接種名称が明記されていないものは受理されません。
※ロット番号シールが貼ってある場合は提出前にご自身で保管してください。
※接種済証は提出せずご自身で保管してください。

① 領収書は原本ですか？(領収書等の提出書

※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

セルフメディケーションによる申告で必要な「一定の取
組みの証明」して領収書が必要な方は忘れずチェック
をしてください。

場合は、「診療明細書」を添付)

③ 領収書に全

※例：家族(複数名分

※申請は家族でまと

。未記載の場合は、全員分の「診療明細書」を添付。

④ 申請書に領

※それ以外の目的で返却希望の方は付箋に返却希望と理由を
記載してください。

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

事業所名称は会社名

※ビル名ではありません

事業所名称	1 - 12345	被保険者 氏名	健康保	
事業所名称	三菱UFJニコス株式会社	所属部署名	〇〇部△△グループ	
内線 (直通電話)	222-XXXX	日中の連絡先	(自宅) (携帯) 090-9999-XXXX	
受診者氏名	続柄	実施日(年月日)	費用	※補助額(健保記入欄)
健康保	本人	令和 ●年 ●月 ●日	3,500	
健康組子	妻	令和 ●年 ●月 ●日	3,000	
健康合子	長女	令和 ●年 ●月 ●日	2,500	
健康険一	長男	令和 ●年 ●月 ●日	1,500	
健康険一	長男	令和 ●年 ●月 ■日	1,500	
		令和 年 月 日		
合計			12,000	

2回接種の場合
※1回目の接種代が補助
金額の3,000円を上回る
場合は1回分の記載と領
収書の添付で構いません。

接種した日
※生年月日ではありません

【備考】

- ① 受診者各人につき実費を上限に補助金を支給します。
- ② 接種の翌日より1年間申請可能です。
- ③ 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