

記入例

ニコス健康保険組合

※ 太字は、記入しないで下さい。

伺年月日	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？ (領収書等の提出書類

※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

事業所名称は会社名
※ビル名ではありません

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

事業所名称	1	(番号)	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3,000円を上限に実費額を支給します。
- ② 接種の翌日より1年間は申請可能です。
- 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

- ★ 補助金は末締め翌々月の報酬支払時に給与口座へ上乗せ支給します。
任意継続の方は、末締め翌々月に既登録口座へ振り込みにて支給します。
- ★ 補助金支給の対象月には給付金支給決定通知書にて事前にお知らせします。