

※支給決定伺			支給決定日 平成 年 月 日			
支 給 額	合 計		常務理事	事務長		担当

健康保険 インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書

申請時点で該当する方は○で囲ってください⇒										休職者・ セールススタッフ (アルバイト)・ パートナー		
被保険者証 の記号番号		記号 番号		生年月日		昭和 平成		年 月 日				
被保険者 氏名と印		フリガナ			被保険者 住 所		〒 携帯電話 () 勤務先電話番号 ()					
		(印)										
	受診者氏名		続柄		接種日 【2回法の場合は、2回目もご記入ください】				申請金額 【実際にかかった 費用】		支給金額 【記入しないでくだ さい】	
①					1回目	平成	年	月	日	円	円	
					2回目	平成	年	月	日			
②					1回目	平成	年	月	日	円	円	
					2回目	平成	年	月	日			
③					1回目	平成	年	月	日	円	円	
					2回目	平成	年	月	日			
④					1回目	平成	年	月	日	円	円	
					2回目	平成	年	月	日			
⑤					1回目	平成	年	月	日	円	円	
					2回目	平成	年	月	日			
合計人数			人		合計申請金額				円		円	

平成 年 月 日提出

受付印

パルグループ健康保険組合
〒550-0002 大阪市西区江戸堀一丁目6-10
肥後橋渡辺ビル6階

各医療機関で受領した領収書は裏面に貼付してください。 (切り離さないでください) 下記の領収書を医療機関にて記入していただいても申請できます。

様	領 収 書	内訳をご記入ください
		(円× 名)
		(円× 名)
		円
(インフルエンザ予防接種代、上記 名分として正に領収いたしました)		

平成 年 月 日	医療機関名
	所在地
	電話番号
領収印のないものは無効となります	印

組合員の皆様へ

（！！接種前に必ずお読みください！！）

インフルエンザ予防接種補助金申請方法のご案内

平素は当健康保険組合の運営にご協力いただき、ありがとうございます。

インフルエンザ予防接種補助金交付申請方法等詳細についてお知らせします。

【補助金申請される方】

- ・補助対象期間：2018年10月1日（月）～2018年12月31日（月）
※ 本期間にインフルエンザ予防接種を受けたものが対象（期間外の申請は一切受け付けません）
- ・補助対象者：接種日に被保険者（社員）および被扶養者である方
（認定を受けて、対象期間中に当健康保険組合加入資格のある方。任意継続被保険者及び同被扶養者も含まれます。）
申請時点で休職している方、セールススタッフ（アルバイト）・パートナーに該当する方は生年月日欄の右枠内の該当するものに○で囲ってください。
- ・補助金額：一人当たり2,000円まで（左記金額を上限としてインフルエンザ予防接種に要した費用を補助）
※ 医師の指導等により複数回予防接種を受けた場合でも、上限金額は変わりません。
お子様の場合は、2回接種された場合でも2,000円が上限です。接種費用が補助金額を下回る場合は実費を補助いたします。
- ・申請手続き
 - ①健保ホームページの「各種申請用紙」より、「インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書」を印刷してください。
 - ②医療機関でインフルエンザ予防接種を受け、費用をお支払ください。必ず「領収書」を受領してください。
（申請書下部、「領収書」欄を医療機関に記入していただいても申請ができます。）
 - ③「申請書」に必要事項を記入、ご捺印のうえ、「領収書」原本を裏面に糊付けし、当組合に送付してください。
2回法は2回目終了時に、世帯申請の際は全員まとめて一括で申請をお願いします。
 - ④平成31年3月の給与支給の際、給与振込口座に補助金と会社負担分が振り込まれます。
※休職者・セールススタッフ（アルバイト）・パートナーは取り扱いが異なります。
詳細は健保組合までお問合せください
- ・補助金申請期限：2019年1月31日（木）当健康保険組合必着

①	領 収 証	②
健保 花子 様		平成〇〇年〇月〇日
④ ￥3,500		
⑤ 但 インフルエンザ予防接種代として 上記正領収いたしました		
大阪市〇〇区〇〇町1-1-1 〇〇医院 医院長 組合 太郎		③ 印
領収証例		

- ①接種者の個人名（フルネーム）全員分
※会社名での領収書の宛先へ受付不可となります。
ご注意ください。
- ②接種年月日
- ③医療機関の住所・名称・領収印
- ④接種費用（内訳）
- ⑤インフルエンザの予防接種代を示す記載
※【インフルエンザ】の記載がないものは
受付できません。

- ・同型でなくて結構です。必須項目をご確認ください。
- ・領収証1枚あたりに複数名分が含まれる場合は、接種者ごとに氏名・接種費用の記載が必要になります。
- ・領収証と明細が分かれている場合は、両方貼付ください。（領収証は返却出来かねますので予めご了承ください）

【送付・問い合わせ先】

パルグループ健康保険組合

〒550-0002 大阪市西区江戸堀一丁目6番10号 肥後橋渡辺ビル6階

電話：06-6459-1685（受付時間 平日9：00～18：00 12/29～1/4・土日祝日除く）