

保険証記号

5000

インフルエンザワクチン 接種 補助 金 申 請 書

	被保険者 番 号	受 診 者	続 柄	受診年月日	支払金額 (自己負担金額)
1					円
2					円
3					円
4					円
5					円
6					円
7					円
8					円
9					円
10					円
11					円
12					円
13					円
14					円
15					円

1. 予防接種補助期間 10月から翌年1月までの4ヵ月間の予防接種に限ります。
2. なるべく10月から12月までの補助申請は予防接種後3ヶ月以内、1月の予防接種は3月末までに申請をお願いいたします。
3. 補助申請書に領収書(写)を添付してください。(接種日や接種を受けた人の名前がない領収書の写し、インフルエンザ予防接種であることがわからない領収書の写しはお戻しいたします。(医療機関より領収書の交付を受ける際にはご注意ください。))
4. 2名以上の接種で領収書の(写)が1枚の場合には、予防接種をした病院に個人別の料金明細を依頼し補助申請書に添付してください。
5. 個人負担への補助金なので、事業所補助額は健保補助対象にはなりません。
6. 補助金額は自己負担の範囲内で2,000円を上限とします。

※ 申請の際には、必ず、裏面の注意事項をご覧ください。

補助金申請額 2,000円 × 人 = 円

上記の通り補助金を申請します。

年 月 日

神奈川県機器健康保険組合
理事長 殿

被保険者氏名

電話番号

申請に際しての注意事項

1. 領収書に氏名が記載されていないケースが見受けられます。

2. インフルエンザ予防接種が確認できない領収書が見受けられます。

※ 医療機関によっては、領収書に「予防接種」と表示されている場合もあります。

そのような場合には、

- ① 医療機関より、領収書に「インフルエンザ予防接種代金として」等、インフルエンザ予防接種とわかるように記載していただいでください。
- ② 領収書の他に診療費明細書等が交付されている場合があります。診療費明細書等にインフルエンザ予防接種と明記されている場合には、領収書の他に、「診療費明細書」等も添付してください。

3. インフルエンザ予防接種の補助は、本人の自己負担がある場合に、当組合より補助いたします。事業所において、インフルエンザ予防接種の全額を補助される場合には、当組合から補助はできません。

※ 事業所において、インフルエンザ予防接種の補助を行っている場合には、本人が自己負担している金額がわかる資料(規程、社内報等)を添付してください。

例：社内報などで、「インフルエンザ予防接種 本人負担:2,000円 会社補助:本人負担金額以外補助」など本人負担並びに本人負担金額がわかる資料(規程、社内報等)を添付してください。

※ 事業所が、インフルエンザ予防接種の本人負担分の立替払いを行っている場合には、立替払いを行っていること並びに立替金額がわかる資料(規程、社内報等)を添付してください。

例：「インフルエンザ予防接種について、本人負担は2,000円としますが、健保組合から補助がありますので、会社にて同額を立替ます。なお、本人負担金額以外を会社が補助します。」など

4. インフルエンザ予防接種の補助金額は、本人負担金額に対して上限2,000円になります。本人負担金額が、2,000円に満たない場合には、本人負担金額の範囲内にて補助をおこないます。

例：本人負担金額 1,500円の場合、補助金額は1,500円となります。

5. 支払金額(自己負担金額)について

※市区町村等からの助成金額、会社からの補助金額等を差引いた金額をご記入ください。

6. 予防接種補助期間は10月から翌年1月までの4ヵ月間の予防接種となります。

※なるべく、予防接種が10月から12月までは3ヵ月以内、1月の予防接種は3月末までにご申請いただきますようお願いいたします。