

組合使用欄				
支給年月日	年	月	日	常務理事
決裁年月日	年	月	日	事務長
備考				担当

インフルエンザ予防接種補助金申請書（個人用）

ニューオータニ健康保険組合 御中

記号・番号	・	事業所名		
氏名		所属	内線 ()	

下記の内容でインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を申請いたします。

記

接種日	被保険者： 接種日 H 年 月 日
及び	被扶養者： 氏名 / 生年月日 S・H 年 月 日 / 接種日 H 年 月 日
氏名	被扶養者： 氏名 / 生年月日 S・H 年 月 日 / 接種日 H 年 月 日
	被扶養者： 氏名 / 生年月日 S・H 年 月 日 / 接種日 H 年 月 日
	被扶養者： 氏名 / 生年月日 S・H 年 月 日 / 接種日 H 年 月 日
	被扶養者： 氏名 / 生年月日 S・H 年 月 日 / 接種日 H 年 月 日

申請金額 _____ 円

- * 補助金は接種した方1人当たり「2,000円」が上限ですので、2,000円以上かかった場合でも「2,000円」と記入して下さい。
- * 被扶養者の分も同時に申請される場合には、金額をまとめて記入して下さい。

● 補助金の受け取り方法について（希望する番号に○を付けた上で必要事項をご記入ください）

1 現金で受け取り（事業所担当者を通じて現金でお支払いしますので下記にご署名ください）

補助金を受領するにあたって、各事業所の健保事務担当者を通して補助金の支給を受けることに同意いたします。

署名（被保険者本人の自筆） _____

2 振込で受け取り（被保険者本人名義の口座を指定してください）

（注：振込手数料はご本人負担となりますのであらかじめご了承ください）

_____ 銀行 _____ 支店

口座番号NO. _____

名義（カタカナ） _____

※ 振込を希望される理由が下記に当てはまる場合は○をつけてください。（振込手数料は健保負担になります）

産休・育休 介護休業 長期欠勤 海外勤務 国内出向 任意継続被保険者

退職予定（退職予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） * 補助金支給日が退職日以降となる場合のみ、振込手数料は健保負担です。