

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

## 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

接種年月日	被保険者	平成	年	月	日
及び	被扶養者	： 氏名	：	平成	年 月 日
氏名	被扶養者	： 氏名	：	平成	年 月 日
	被扶養者	： 氏名	：	平成	年 月 日
	被扶養者	： 氏名	：	平成	年 月 日
	被扶養者	： 氏名	：	平成	年 月 日

申請金額 \_\_\_\_\_ 円

- \* 補助金は接種した方一人当たり『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ください。

●補助金の受け取り方法について（希望する番号に○をつ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 \_\_\_\_\_ 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 長期欠勤中 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。