様式５

全国労働金庫健康保険組合　御中

インフルエンザ予防接種補助金申請書兼委任状（個人実施方式）

被保険者記入欄	被保険者	被保険者等の記号・番号	事業所名称		氏　名	
		－				
	予防接種者（６名以上は２枚目に記入）	カナ氏名 生年月日（西暦）・年齢	資 格	性 別	接種日（西暦）	支払額
		／　／　・　才	1　被保険者(本人) 2　被扶養者(家族)	1　男 2　女	／　／	円
		／　／　・　才	1　被保険者(本人) 2　被扶養者(家族)	1　男 2　女	／　／	円
		／　／　・　才	1　被保険者(本人) 2　被扶養者(家族)	1　男 2　女	／　／	円
		／　／　・　才	1　被保険者(本人) 2　被扶養者(家族)	1　男 2　女	／　／	円
		／　／　・　才	1　被保険者(本人) 2　被扶養者(家族)	1　男 2　女	／　／	円
		申請人数	人		支払額合計	円
	受取方法	〔退職後の方（記号 100)〕振込先と振込通知送付先の住所等を記入してください *(在籍中の方は記入不要)*	労働金庫〔　　〕		本店 支店	普通口座
			店番号		口座名義 (ｶﾀｶﾅ)	※被保険者名義に限ります
			口座番号			
			〒　　－		TEL　　（　　）	
		〔在籍中の方〕	委任により事業所経由で支給（給与振込時に加算等、事業所ごとに対応が異なります）			

【申請時の注意事項】

対象者	接種日に労金健保の資格を有する加入者。
補助金額(税込)	1 人、2,000 円　※上限額に満たない場合は実費。
添付書類	個人単位の領収書（写し可、原本は原則お返しできません） ※ 領収書には、次の 4 点の記載が必要です。① 接種者氏名　② 接種日（領収日でも可）　③ 医療機関名 ④「インフルエンザ予防接種」である旨のただし書き(インフルエンザ予防接種済証写し、又は診療報酬明細書写し可) ※ 個人単位の領収書の発行ができない場合は、但し書きに接種者名と各金額を記載してあること。 ※ 領収書は別紙、領収書貼付台紙に貼付けしてください。
記載方法	13 歳未満で 2 回接種の場合は初回接種日、合計金額を記入してください。
申請期間・方法	当該年度の 3 月末日までに当健保組合必着のため、3 月上旬までに事業所へ提出。なお、任意継続被保険者とその被扶養者は、当健保組合へ直接送付。
申請回数	1 人、年度 1 回限り。被保険者世帯一括で申請。13 歳未満で 2 回接種の場合は併せて 1 回の申請が可能です。 なお、1 回の接種で 2,000 円以上の実費がかかった場合は 2 回目の接種を待たずに申請していただいて構いません。
支給対象外	東振協提携方式の接種や、事業所集団接種を受けた方。
個人情報	当健保組合の保健事業の目的以外に使用いたしません。

健保使用欄			受付No	備考	
検印	精査	担当	支払日	決定（合計）	
				人	円

領収書貼付台紙

「すこやか健診補助金申請書兼委任状」「インフルエンザ予防接種補助金申請書」共通台紙

※ 領収書はなるべく重ならないように貼付してください。

ＸＸＸＸ年ＸＸ月ＸＸ日

領 収 書

労金　花子　様

金額２０，０００円
但　生活習慣病健診費用

○○病院

ＸＸ月ＸＸ日

領 収 書

労金　花子　様

金額５，０００円
但　婦人がん検診費用

○○病院

ＸＸ月ＸＸ日

領 収 書

労金　太郎　様

金額４，０００円
但　インフルエンザ予防接種費用

○○病院