

※本票はA4白色・片面印刷で出力してください／裏紙・カラー用紙および「領収書添付用紙」との両面印刷は不可

## ● インフルエンザ予防接種補助金申請書 ●

◎下段の説明をよく読んでから太枠内をすべてご記入ください。 ※欄は健康保険組合が記入する欄です。

保険証の	記号(3桁)			被保険者氏名		印
	番号(6桁)					
会社名	(株)			部署名		
接種を受けた人の氏名		続柄	接種した日 下段:2回接種の場合	支払った額 2回接種の場合は合計額		※健保記入欄
		本人	月 日	円		<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/>
			月 日	円		<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/>
			月 日	円		<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/>
			月 日	円		<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/>
			月 日	円		<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/>

*送金先情報は正しくご記入ください						
送金先	銀行	銀行	店	【注意】 ゆうちょ銀行の場合、店名は3桁の漢数字		
	口座種類	普通 ・ 当座	口座番号	右詰記入		
	口座名義	被保険者本人名義に限る		▼カタカナでご記入ください		

### 【インフルエンザ予防接種補助金の申請について】

- 対象者  
公文健康保険組合の被保険者および被扶養者(接種時に公文健康保険組合の加入資格がある方)
- 対象期間  
2017年10月1日 ~ 2017年12月31日
- 補助金額  
接種者1人当たり3,000円を上限とする実費額/2回接種の場合は合計額から3,000円を上限として補助
- 申請方法  
次の①②を世帯単位(保険証同一記号番号)でまとめて公文健康保険組合宛に申請する  
①「インフルエンザ予防接種補助金申請書」(本票)  
②「領収書」(原本)をのりづけした「領収書添付用紙」(別紙)
- 申請期限  
2018年1月12日(金)／期日内に健康保険組合必着 (訂正等で返却された分を再申請する場合も同じ)
- 連絡事項  
・申請書や領収書の記載内容に不備がある場合は返却します。  
申請期限内に正しく書類を揃え直して再申請いただいた場合のみ補助金を支払います。  
・世帯単位ごとにまとめて申請してください。申請は対象期間中1回限りです。  
※保険証の記号番号が異なる家族(夫婦ともに公文の社員等)がいる場合は記号番号ごとに申請してください。  
・「領収書」に関する注意事項は別紙の「領収書添付用紙」に記載していますので必ず確認してください。  
・振込は原則として申請書受付週の翌々週末を予定しています。