

## ※作成時に必ずお読みください

### 「インフルエンザ予防接種補助金支給申請書」提出の際の注意事項

例年、以下のようなケースが多数見受けられますので、申請書を提出される前に再度ご確認くださいませようようお願い申し上げます。

#### 《 連名簿について 》

- ・健康保険の番号を記入していない  
→必ず正しい健康保険の番号をご記入ください。

#### 《 被保険者及び被扶養者の資格について 》

- ・出向などにより申請元の事業所での被保険者資格がない  
→出向先の事業所（※当組合適用事業所に限る）より申請してください。
- ・接種日に被扶養者として認定されていない  
→補助の対象外となりますのでご確認ください。
- ・任意継続被保険者分の申請が混在している  
→任意継続被保険者分は、ご本人様より申請してください。

#### 《 領収書について 》

- ・領収書に「インフルエンザ予防接種代」の記載がない  
→診療明細書等に記載がある場合は、診療明細書等もご提出ください。  
診療明細書等にも記載がない場合は、医療機関等で記載してもらってください。  
※記載のない場合は返却させていただく場合がございます。予めご了承ください。
- ・領収書が連名簿順でない、または、領収書をホッチキスやクリップで留めている  
→必ず連名簿順に貼付してご提出ください。（コピーの場合はA4サイズでご提出ください。）  
※上記の形でご提出された場合は返却させていただく場合がございます。予めご了承ください。
- ・領収書を貼付する際に氏名等必要項目が見えなくなっている  
→必ず氏名等必要項目が見えるように貼付してください。
- ・レシートのため氏名、医療機関等名称の記載がない  
→氏名、医療機関等名称をご記入のうえご提出ください。
- ・コピーのため文字が不鮮明である  
→必要項目が確認できるようコピーしてください。  
※領収書（原本）は返却できませんので、他の届出等に必要な場合はあらかじめコピーをお取りください。

#### 《 委任状について 》

※インフルエンザ予防接種補助金を申請者（事業主）以外の口座に振り込む場合は委任状が必要です。  
必ず申請者（事業主）印と受任者印を押印してください。

#### 《 その他 》

※集団接種により事業所がまとめて費用を支払った場合は、医療機関等が発行した明細書（各被接種者氏名の記載があるもので、かつ発行元の名称が記載されているもの）を添付してください。  
また、振込により費用を支払った場合は、請求書（コピー可）及び振込明細書を併せて添付してください。

※ 補助金支給決定額	1,500円	×	名									
	円	×	名									
	円	×	名									
	円	×	名	本					家			円

※上記欄は記入しないでください。

### インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

被接種者人数	2名
--------	----

大阪薬業健康保険組合 理事長 様

別紙連名簿の被保険者及び被扶養者がインフルエンザワクチンを接種しましたので補助金の支給を申請します。

【申請者】

所 属	1. <b>大阪</b> 2. 神戸 3. 京都	健康保険の記号	123
事業所名	大阪薬業株式会社		
事業主名	大薬 一郎		
支払決定通知書送付先	〒540-0037 大阪市中央区内平野町3-2-5		
送付先の名称	申請事業所名と同じ <input checked="" type="checkbox"/> / 異なる場合は右に記載→		
担当者名及び連絡先	大薬 健太		TEL ( 01 ) 1111-1111

【振込先金融機関】

金融機関名	薬業 <b>銀行</b> ・信金 信組・農協	支店名	本店 <b>大阪</b> <b>支店</b>
	(銀行コード 0000 )		(支店コード ΔΔΔ )
種 別	<b>普通</b> ・ 当座	口座番号	111111
(フリガナ) 口座名義	大阪薬業株式会社 代表取締役社長 大薬 一郎		

【注意事項】

- 被保険者及び被扶養者は、事業主に受領委任し事業主が一括して申請してください。
- ①申請の際は、「連名簿」と「領収書（コピー可）」を必ず添付してください。  
 ※領収書がコピーの場合は、カットせずにA4サイズで提出いただきますようご協力願います。  
 ※集団接種により事業所がまとめて費用を支払った場合は、領収書のほかに 医療機関等が発行した明細書（各被接種者氏名の記載があるもので、かつ発行元の名称が記載されているもの）を添付してください。  
 ②「連名簿」と「領収書」の順番が同じになるようご協力願います。  
 ③ホッチキス、クリップは、使用しないでください。
- 予防接種法等により公費で補助が受けられる場合は公費が優先します。

組合受付印

大阪薬業健康保険組合