

WEBによる申請ができない場合のみ、必要事項を記入、領収書原本を添付の上、カネカ健康保険組合へご提出ください（領収書は返却いたしません）。
申請は、年度内1家族1回限りです。

インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

記号		被保険者氏名		連絡先電話番号	
番号					
振込先 金融機関	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カナ)
			普通 当座		
WEB申請不可理由					
【補助金申請内容】					
	氏名	続柄	支払った額	補助金申請額	
			円	円	
			円	円	
			円	円	
			円	円	
			円	円	
健康保険 組合 使用欄	補助金額	円	インフルエンザ予防接種済証明書提出の場合		
			返却日	年	月

【領収書必須記載内容】

1. 接種者氏名(フルネーム) 2. 金額 3. 接種年月日 4. 内容(インフルエンザ予防接種) 5. 医療機関名(領収済印)

【対象者】 被保険者(任意継続被保険者含む)、被扶養者

【接種期間】 10月1日～翌年1月31日

【申請期間】 10月1日～翌年2月末

【支払日】 10日締め、当月末支払

【申請にあたっての注意事項】

- ① 領収書は原本を提出してください。返却いたしませんので、他の申請等に使用の場合は、手続終了後に申請してください。
- ② インフルエンザ予防接種済証と領収書がまとめて1枚で発行されている場合も、原本を提出してください(内容確認後、返却します)。
- ③ 自治体の補助が行われる場合は、実費負担額が補助の対象となります。
- ④ 2回接種において、1回の接種費用の実費負担額が1,000円未満の場合は、2回分の領収書をまとめて申請してください。

※申請書および領収書記載内容不備の場合は、書類を返却いたします。

【申請書提出先及び問い合わせ先】 カネカ健康保険組合 [株式会社カネカ 大阪本社内]
大阪市北区中之島2丁目3番18号(〒530-8288) TEL06-6226-5034

【個人情報の取扱いについて】

ご提出いただきましたインフルエンザ予防接種費用補助金申請書は、補助金支給決定及び事業運営管理に使用します。
受診者の同意がない場合には、他の目的には使用しません。