

申請日 年 月 日

常務理事	課長	担当

2024年度インフルエンザ予防接種 補助金申請書(被保険者のみ)

☑ 予防接種当日に丸井健康保険組合の資格を有する被保険者本人のうち、①②の両方に該当される方が対象です

① 就業中の事業所で巡回予防接種の実施がない方

② 就業中の事業所の所在地が東京・千葉・神奈川・埼玉以外の方

1. 申請者

会社名					所属				
被保険者証	記号	番号				氏名			
電話番号	(会社) 外線					内線			
受診日	年 月 日					①医療機関での支払金額			
						円			
健保記入欄	補助金金額					①の金額と丸井健保の巡回接種の個人負担額との差額を支給 但し巡回接種の個人負担額と、補助金合計額の上限を4000円とする			
	円					(巡回接種の個人負担額) 2024年度 2,700 円			

※補助金は給与口座にお振込みいたします(月末締切 → 翌月給与支給時にあわせて振込)
※お振込が出来ない場合は、社内メール(金券)等でお送りさせていただきます

2. 提出書類

- ①「インフルエンザ予防接種 補助金申請書」(必要事項をご記入下さい)
- ②医療機関窓口で精算した「領収書」のコピー(宛名は受診者名)

※領収証の記載事項について 下記の項目の記載を医療機関に依頼してください。

無記名、丸井健保宛名の領収書は不可

- <1>インフルエンザ予防接種料金であること <2>医療機関名 <3>受診日
- <4>金額 <5>受診者名

以上を、丸井健康保険組合宛まで、金券メールまたは郵送にてご提出ください

※対象者は被保険者本人のみで、ご家族は対象外となります

※年度内(4月1日～3月31日まで)に1回まで <提出期限> 翌年度4月10日