

# 令和3年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

記入例：一般用

|   |   |          |                 |             |               |  |   |  |    |   |                                  |
|---|---|----------|-----------------|-------------|---------------|--|---|--|----|---|----------------------------------|
| 被保険者証<br>記号・番号  | 記号  | 1 0 1    | 番号<br>(右つめ)     | 4 5 6 7 8 9 | ↓○で囲んでください。   |  |   |  |    |   |                                  |
| 事業所名<br>※保険証の<br>記号と同じ  | NUL(101)、UAL(118)、ISD(117)、GUSS(121)、CTP(122)、UAD(132)、<br>労組(107)、EML(137)、任意継続(105)、特例退職(701)   |          |                 |             |               |  |   |  |    |   |                                  |
| 受診者氏名   | 健保 幸子   |          | 健保組合補助金<br>申請金額 | 1,000円      |               |  |   |  |    |   |                                  |
| 続柄  | 妻、夫、長男、次男、三男、四男、長女、次女、三女、四女、 <del>本人</del> ※任意継続特例の方<br>その他( ) ←上記に該当が無ければ、記入   |          |                 |             |               |  |   |  |    |   |                                  |
| 受診者の住所  | 郵便番号:   | 135-0061 | 東京              | 都道府県        | 江東 市区 豊洲0-0-0 |  |   |  |    |   |                                  |
| 受診者の<br>生年月日  | 3. 昭和<br>4. 平成<br>5. 令和   | 3 9      | 年               | 0 2         | 月             | 1 1  | 日 | 年齢                                     | 57 | 歳 | ←受診日の<br>満年齢。<br>←65歳以上は<br>対象外。 |
| 受診日   | 5. 令和   | 3        | 年               | 1 2         | 月             | 0 5  | 日 | ←領収証にも記載のある受診日<br>(複数回受診していても、申請は1回のみ) |    |   |                                  |
| 医療機関名   | ○×病院  |          |                 |             |               |  |   |  |    |   |                                  |
| 自治体等の補助制度   | なし ・ あり ※「あり」の場合は、健保組合に申請できません。   |          |                 |             |               |  |   |  |    |   |                                  |
| 確認事項  | 給付後にお住いの自治体等で公的助成の制度等があることが判明した場合、<br>補助金を返還していただきます。(○をつけてください) → → 確認した   |          |                 |             |               |  |   |  |    |   |                                  |
| ～ 下欄は、該当するどちらかに、署名・捺印をお願いします ～  |   |          |                 |             |               |  |   |  |    |   |                                  |
| <b>&lt;一般用&gt;</b><br>[ 記号が、101、107、117、118、121、<br>122、132、137、の方 ]<br><br>上記の通り、申請します。<br>上記金額領収方を、<br>日本ユニシス(株)<br>(本籍の会社名を記入↑)<br>令和3年12月20日<br><br>被保険者氏名 健保 太郎 (健保印)<br>勤務先電話番号 03-4579-1530<br><br>日本ユニシス健康保険組合 御中 |   |          |                 |             |               | <b>&lt;任意継続・特例退職&gt;</b><br>[ 記号が、 ]<br><br>←事業所加入の方は、<br>必ず本籍(出向元)の<br>会社名を忘れずに<br>記入してください！<br><br>←被保険者の署名・捺印<br>も忘れずに... (印) |   |  |    |   |                                  |
| 領収証の添付<br>(コピー不可)   | ※添付する領収証のチェック☑ → <input checked="" type="checkbox"/> 宛名、 <input checked="" type="checkbox"/> 健診名、 <input checked="" type="checkbox"/> 受診日、 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関名・捺印、 <input checked="" type="checkbox"/> 金額 |          |                 |             |               |  |   |  |    |   |                                  |

## 【 注意事項 】

- \* この申請書内の二重下線部分
- \* 領収証(原本)を必ず添付して(領収証の必須項目:受診者名、)
- \* 申請書は、受診者一人につき1枚記入してください。
- \* 予防接種費用が1,000円未満の場合は、補助金額が実費となります。
- \* 補助金申請期間: 令和4年1月21日(金)健保組合必着!
- \* 申請書の記入漏れおよび領収証に不備がある場合は、受付できません。

添付する領収証に、記載漏れ・捺印漏れがないか、  
ご確認ください。

ここで知り得た個人情報は、当健保組  
合のプライバシーポリシーに従い、健  
康保険業務以外には使用しません。

# 令和3年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

記入例：任継・特例用

|  |   |          |   |             |  |
|--|---|----------|---|-------------|--|
| 被保険者証<br>記号・番号   | 記号  | 7 0 1    | 番号<br>(右つめ)   | 4 5 6 7 8 9 | ↓○で囲んでください。                                    |
| 事業所名<br>※保険証の<br>記号と同じ   | <del>NUL(101)、UAL(118)、ISD(117)、GUSS(121)、CTP(122)、UAD(123)、<br/>         労組(107)、EML(137)、</del> 任意継続(105)、 <b>特例退職(701)</b>   |          |   |             |  |
| 受診者氏名  | <b>健保 一郎</b>  |          | 健保組合補助金<br>申請金額   | 1,000円      |  |
| 続柄   | 妻、夫、長男、次男、三男、四男、長女、次女、三女、四女、 <b>本人</b> ※任継・特例のみ<br>その他( ) ←上記に該当が無ければ、記入  |          |   |             |  |
| 受診者の住所   | 郵便番号:   | 330-0800 | 埼玉  | 都道府県        | さいたま市 大宮区△△町○-○-○                              |
| 受診者の<br>生年月日   | 3. 昭和<br>4. 平成<br>5. 令和   | 3 3      | 年   | 0 5         | 月 1 1 日 年齢 <b>63</b> 歳                         |
| 受診日  | 5. 令和   | 3        | 年   | 1 2         | 月 0 5 日 ←領収証にも記載のある受診日<br>(複数回受診していても、申請は1回のみ) |
| 医療機関名  | <b>○×病院</b>   |          |   |             |  |
| 自治体等の補助制度  | <b>なし</b> ・ あり ※「あり」の場合は、健保組合に申請できません。  |          |   |             |  |
| 確認事項   | 給付後にお住いの自治体等で公的助成の制度等があることが判明した場合、<br>補助金を返還していただきます。(○をつけてください) → → <b>確認した</b>  |          |   |             |  |
| ～ 下欄は、該当するどちらかに、署名・捺印をお願いします ～   |   |          |   |             |  |
| <b>&lt;一般用&gt;</b><br>[ 記号が、101 ]<br>上記  |   |          | <b>&lt;任意継続・特例退職&gt;</b><br>[ 記号が、105、701 の方 ]<br>上記の通り、申請します。  |             |  |
| 任意継続・特例退職の方は、→<br>右側に、署名・捺印！ →<br>(受診者が被扶養者の場合は、<br>上段の受診者名と右の<br>被保険者名が異なります) |   |          | 令和 <b>3</b> 年 <b>12</b> 月 <b>20</b> 日<br>被保険者氏名 <b>健保 一郎</b> <b>健保印</b><br>日中に連絡のと<br>れる電話番号 <b>090-1234-5678</b> |             |  |
| 日本ユニシス健康保険組合   |   |          | 日本ユニシス健康保険組合 御中   |             |  |
| 領収証の添付<br>(コピー不可)  | ※添付する領収証のチェック☑ → <input checked="" type="checkbox"/> 宛名、 <input checked="" type="checkbox"/> 健診名、 <input checked="" type="checkbox"/> 受診日、 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関名・捺印、 <input checked="" type="checkbox"/> 金額 |          |   |             |  |

## 【 注意事項 】

- \* この申請書内の三重下線部分
- \* 領収証(原本)を必ず添付してください。(領収証の必須項目:受診者名、)
- \* 申請書は、受診者一人につき1枚記入してください。
- \* 予防接種費用が1,000円未満の場合は、補助金額が実費となります。
- \* 補助金申請期間: **令和4年1月21日(金)**健保組合必着!
- \* 申請書の記入漏れおよび領収証に不備がある場合は、受付できません。

添付する領収証に、記載漏れ・捺印漏れがないか、ご確認ください。

ここで知り得た個人情報は、当健保組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。