

インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

事務局 化成フロンティアサービス社 宛 (三菱ケミカル健康保険組合)

『インフルエンザ予防接種費用補助金のご案内』を確認し、インフルエンザ予防接種補助金を申請致します。

1. 請求者情報

被保険者氏名	ケミ パルル	保険証記号・番号	1388	—	1234567
所属部署名		内線	外線		
エムシーパートナーズ株式会社		080-●●●●-●●●●	080-●●●●-●●●●		

2. 接種者情報

対象接種期間：令和5年10月1日～令和6年2月末日

接種者氏名	生年月日	接種回数	接種日	窓口負担額	補助金 (事務局記入)
ケミ パルル	S (H) R 1 年 1 月 1 日	1 回目	10 月 1 日	3500 円	円
	1 月 1 日	回目	月 日	円	円
ケミ パレス	S (H) R 1 年 12 月 12 日	1 回目	10 月 1 日	3500 円	円
	12 月 12 日	2 回目	10 月 30 日	3500 円	円
	S (H) R 年	回目	月 日	円	円
	月 日	回目	月 日	円	円
	S (H) R 年	回目	月 日	円	円
	月 日	回目	月 日	円	円
	S (H) R 年	回目	月 日	円	円
	月 日	回目	月 日	円	円
補助金合計 (事務局記入)					円

3. 退職予定の有無

支給月 (2月または5月) までに退職の予定はありますか?

無 有 → 記入は以上で終了です

有 退職後は任意継続保険に加入しますか? 加入する 加入しません → 記入は以上で終了です
 振込先情報を記入

※退職の予定が無い方は記載しないで下さい。

振込先情報 ※被保険者本人の口座に限ります

銀行コード		支店コード		口座種別	普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/>
銀行名	銀行	支店名	支店		
口座番号	名義人氏名カナ				

※口座種別に○がない場合は「普通」としてお取り扱いいたします。

■提出期限 . . . 令和6年3月4日 (月) エムシーパートナーズ(株) 愛知オフィス 必着

※不備なく下記提出先で期限内に受付できた申請書に限り、支給対象となります。

■提出先

. . . ①保険証記号が 「1000」「1001」「8173」「820」 の方

社内便：(黒崎)化成フロンティアサービス(株) OA部 予防接種担当宛

郵便：〒806-0004 北九州市八幡西区黒崎城石1-1

化成フロンティアサービス(株) OA部 予防接種担当宛

②保険証の記号が①以外の方

各事業所健保窓口

※事業所の取り纏めに従って下さい。

■支給月

. . . 2月 (10月～12月KFS到着分) 、 5月 (1月～3月KFS到着分)

※所属の会社によっては支給が1ヵ月遅れとなる場合があります。ご不明な場合は事業所健保窓口宛ご確認下さい。



領収書はこちらにホッチキスで貼りつけて下さい ※糊付けはしないで下さい

領収書はコピー不可・原本を貼りつけて下さい。領収書の返却は出来ません。



領収書の必須項目

- 1) 接種年月日 ※2回接種した場合は2回分の接種日付
- 2) 医療機関名
- 3) 予防接種を受けた方のフルネーム
- 4) インフルエンザ予防接種費用であることの明記 ※「ワクチン代」「予防接種費用」なども可
- 5) 接種費用単価 ※複数回の場合は、それぞれの単価
- 6) 医療機関領収印 ※手書きのみ。機械印刷は押印不要

※小学生以下のお子様で単価記載が無い (領収金額がセット料金である) 場合には、申請書の余白に理由を記載願います。(医療機関の接種・支払いが2回セットであり単価設定がない等)

※明細書だけでは申請できませんので、必ず領収書と併せてご提出下さい。