

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		保険証記号・番号	1388	—	
所属部署名		内線		外線	
エムシーパートナーズ株式会社					

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)
	S	H	R		年	回目	月	日	円	
				年	回目	月	日	円	円	
				月	日	日	円	円		
				年	回目	月	日	円	円	
				月	日	日	円	円		
				年	回目	月	日	円	円	
				月	日	日	円	円		
				年	回目	月	日	円	円	
				月	日	日	円	円		
				年	回目	月	日	円	円	
				月	日	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 -----▷ 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 -----▷ 記入は以上で終了です
 加入しません ----- 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11日 (月) 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。

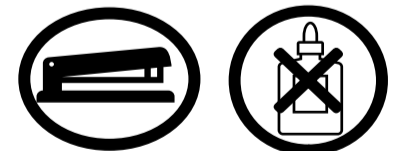
■支給月 …… 2月 (10月～12月KFS到着分) 、 5月 (1月～3月KFS到着分)

※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。

領収書貼付

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。