

【提出先】 本人→デクセリアルズ健保組合(本社内)

社内便にて提出願います。

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

デクセリアルズ健康保険組合 殿

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を申請します。

被保険者証の記号・番号	被保険者氏名
—	印

*被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です

【接種内容】接種した方について下記に記入してください（*補助金額は記入しないでください）

氏名	続柄	年齢	接種日	実施医療機関	接種費用（税込）	*補助金額
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
					*補助金合計額	円

領収書貼付欄

（貼れない場合は裏に貼付）

【添付書類】

医療機関発行の領収書（原本）・・・以下のことを確認して下さい

- ①接種者指名、金額、インフルエンザ予防接種である旨が記載されていること
 - ②接種者が複数の場合は、接種者名ごとに内訳金額が記載されていること
- 〈注意〉医療機関発行の領収書添付がない場合、補助金支給はできません

【補助金支給方法】

事業所を経由して給与に振り込みます

【補助額および補助回数】

補助額・・・接種費用（税込）の5割（上限は1,000円）

補助回数・・・対象者1人につき、1年（年度内）につき1回のみ

【対象者】

- ①デクセリアルズ本籍社員
- ②①の家族で健保組合の被扶養者

*但し、公費による助成があった場合は除く

【請求にあたっての注意】

次に該当する場合は、補助金支給対象とならないので注意して下さい

補助対象期間（平成27年1月31日接種分まで）後に接種した場合

申請受付期間（平成27年2月15日到着分まで）後に提出された場合