

受付印

インフルエンザ予防接種補助金申請書【平成29年度用】

保険証の記号・番号 (※ご注意: 06230890 は違います)	事業所名 (任継の方は不要)	会員名 (会員も申請する場合は申請者記入欄に記入要)
591 — 1	トヨタ〇〇株式会社	健保 太郎

健保

次のとおり請求します。補助金の受領は健保担当部署責任者に委任します。

申請者記入欄	予防接種補助対象者名 (会員・被扶養者のみ)	続柄	生年月日 (和暦)	接種日	接種費用	補助額
	健保 太郎	本人	昭和 平成 53.4.20	11月20日	3,500円	000
	健保 一郎	長男	昭和 平成 22.2.21	12月4日	7,000円	000
	健保担当部署の署名・捺印箇所です。(健保担当部署責任者は「加入事業所事務連絡書」でご登録いただいた方です。代表者や営業所の担当の方ではありませんので、ご注意ください。)					000
						000
						000
委任欄	補助金の受領を健保担当部署責任者 愛知 次郎					愛知 次郎に委任します。

T・G特別医療共済会 理事長 殿

提出日 平成29年12月5日

上記のとおりインフルエンザ予防接種を実施しましたので補助金の申請をいたします。

補助対象接種期間：平成29年10月1日～平成30年1月31日

申請書提出締切日：平成30年2月28日 必着

必要事項：太枠内（保険証の記号・番号・事業所名・会員名・
予防接種補助対象者名・続柄・生年月日・接種日・接種費用）の記入、
会員名欄への捺印、領収書（コピー）の添付

提出先：会社の窓口部署（任意継続の方は共済会事務局）

共済会事務局：〒461-0001 名古屋市東区泉一丁目23番36号 NBN泉ビル3階
トヨタ販売連合健康保険組合内 T・G特別医療共済会

【注意事項】

- 委任欄は何も記入しないで会社の窓口部署（任意継続の方は共済会事務局）へご提出ください。
- 補助対象は会員・被扶養者（接種日時点トヨタ販売連合健康保険組合の資格のある方）です。
- 自己負担額が補助金額を下回った場合は、自己負担額まで補助いたします。
- 年度内にお一人様一回限り補助いたします。
- 補助金は会社経由でお支払いいたします。また任意継続の方は、任意継続資格取得時の登録口座へお支払いいたします。
- 領収書について
 - 領収書（コピー）は必ず添付してください。
 - 「領収書糊付け箇所」に左とじで糊付け（ホッチキス、セロハンテープ厳禁）してください。
 - 領収書は返却できませんのでご注意ください。（特にセルフメディケーション税制申告で領収書（原紙）を使用される方）
- 2回接種の場合について（12歳以下のお子さま）
 - 申請は2回分を1度にまとめて申請してください。
 - 接種日欄は2回目の日、接種費用欄は合計額を記入してください。
- 提出締切日を過ぎての申請は受理いたしません。必ず提出締切日までにご提出ください。

※ 申請についてご不明な点は、早目に会社の窓口部署または共済会事務局までお問合せください。

※ ご記入いただいた個人情報は補助金支給以外の目的で使用することはありません。

領収書糊付け箇所（左とじ）※ホッチキス・セロハンテープ厳禁
申請書からはみ出ないように重ね付けしてください

