FWD生命保険健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	担当者

インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書

下記の注意事項に同意のうえ、インフルエンザ予防接種費用補助金の支給を申請します。

※最終接種日から**1ヶ月以内**に当健康保険組合にご提出ください。
※ 2回接種する場合は、必ず**2回目の接種が終わってから**まとめて申請してください。

令和 ● 年 ● 月 ● 日 提出

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号	番号	氏名	健保 太郎 健保 ㊞	生年月日	昭和・平成 ● 年 ● 月 ● 日
		○○	××				
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒000-0000 東京都○○区○○1-2-3 △△マンション456号室 電話 090 (××××)××××					

申請内容	予防接種を受けた方の氏名	続柄	接種年月日 【2回接種した場合は、2回目もご記入ください。】	支払った費用	健保使用欄 (補助金額)
	健保 太郎	本人	令和 ● 年 ● 月 ● 日	3,500 円	円
	健保 花子	妻	令和 ● 年 ● 月 ● 日	3,500 円	円
	健保 香	子	令和 ● 年 ● 月 ● 日	1,000 円	円
	健保 豊	子	令和 ● 年 ● 月 ● 日	1,000 円	円
			令和 年 月 日	円	円
	申 請 金 額 計			9,000 円	円

委任状

本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

被保険者氏名 健保 太郎 健保 ㊞

(注意事項)

1. 補助金額は、加入者1人につき当該年度内2**回**とし、上限2,500円(税込)です。上限に満たない場合は実費額を補助します。
2. ご家族様(被扶養者)も接種された場合は接種者全員分をまとめて申請してください。
3. 提出の際は、この申請書に、医療機関が発行した「領収書(原本)」を添付してください。
   (1)領収書には、以下の記載があることを確認してください。
   ①領収日、②接種者の氏名、③領収金額、④医療機関名、⑤「インフルエンザ予防接種代」と記載してあること。
   (2)領収書が家族と併せて1枚の場合は、接種者全員の氏名と接種単価を記入してもらってください。
   (3)領収書は返却いたしませんのでご了承ください。
4. インフルエンザ予防接種は2024年10月から2024年2月末までに接種を受けたものが対象です。
5. 提出期限(2025年3月19日)を過ぎてから届いた申請は受付することができませんのでご注意ください。
6. 任意継続被保険者・被扶養者の場合は、任意継続加入の際に指定した口座へのお振り込みとなります。

受付日付印

■提出先／お問い合わせ先

〒489-0044
愛知県瀬戸市栄町45 パルティせと108
(株)バリューHR 瀬戸オペレーションセンター
インフル受付係 FWD生命保険健保組合 担当
TEL 0561-56-7026