

常務理事	事務長		担 当

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か月以内に当健康保険組合にご提出ください。

					令和	年	月	日	提出
被 保 険 者	被保険者証の	記号	番号	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	住所								
		電話 ()							

予防接種を受けた方の氏名	続柄	接種日 【2回法の場合は、2回目もご記入ください。】	支払った費用	健保使用欄
	被保険者	1回目 令和 年 月 日	円	円
	被扶養者	2回目 令和 年 月 日		
	被保険者	1回目 令和 年 月 日	円	円
	被扶養者	2回目 令和 年 月 日		
	被保険者	1回目 令和 年 月 日	円	円
	被扶養者	2回目 令和 年 月 日		
	被保険者	1回目 令和 年 月 日	円	円
	被扶養者	2回目 令和 年 月 日		
	被保険者	1回目 令和 年 月 日	円	円
	被扶養者	2回目 令和 年 月 日		
申 請 金 額 計			円	円

(※) 事業主を通じて給与口座にお支払いするため、必ず委任状のご記入をお願いします。

受付日付印

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 (請求者)

のりしろ (領収書はこちらにのり付けしてください。コピー・レシート不可)

【申請上の注意事項】

- 接種日に、ZARA健康保険組合の被保険者及び被扶養者の方が対象になります。(接種期間:10月1日～12月31日)
- 補助金は1人につき3,000円です。インフルエンザ予防接種にかかった費用を補助します。
- 領収書(個人ごとの領収書可)は、「受診者」全員の「氏名」「接種日」「インフルエンザ予防接種代」の記載が必要です。
- 受診者全員の領収書(原本)を、この申請書にのり付けして申請してください。
- 申請は、世帯でまとめて、一括でお願いします。(申請期限:翌年1月31日必着)
- 他の制度(市区町村助成等)により費用の全額が補助される場合には、その補助制度が優先になり、申請することはできません。
なお、費用の一部が補助される場合には、窓口で支払った費用のうち、3,000円を上限に補助します。
- 任意継続被保険者の方は、登録している口座に振り込むため、(※)委任状の記入は必要ありません。

【申請先(提出先)・お問合せ先】

株式会社バリューHR BPOセンター ZARA健康保険組合 担当宛
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-12 S-FRONT 1F
TEL 03-5357-7340