

三菱重工健康保険組合 理事長殿

インフルエンザ予防接種補助金申請書

※太枠内を全てご記入下さい。

※必ず押印してください

申請者	被保険者証	記号		被保険者氏名		印
		番号				
事業所名(勤務先)				日中連絡先(TEL)		

【請求内訳】*被保険者1名の申請であっても、必ずご記入下さい。

予防接種を受けた者	氏名	続柄	年齢	接種日	2回目接種日 (13歳未満の方が対象)	予防接種の費用 (2回法の場合は合計費用)
			本人		年 月 日	
		配偶者		年 月 日		円
				年 月 日	年 月 日	円
				年 月 日	年 月 日	円
				年 月 日	年 月 日	円
				年 月 日	年 月 日	円

※支店名・支店コードは、統廃合により変更されている場合があります。必ず通帳・キャッシュカードでご確認の上、ご記入ください。

振込先	銀行・信用金庫		銀行コード					
	本店・支店		支店コード(店番)					
	預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号					
	フリガナ							
名義								

※振込先の記入に誤りがある場合、振込が遅延することがあります。また、当方から確認のご連絡をすることがありますので、ご了承ください。

<注意事項>

- この補助金は三菱重工健保の被保険者・被扶養者を対象としています。
- 医療機関の「領収書」の原本を必ず添付してください。(コピー・レシート不可)
- 「領収書」には医療機関にて次の内容を必ず記入していただいでください。(※「領収書」は返却できません)
 - ①接種者氏名(フルネーム) ②接種費用(接種者個人ごとの表記)
 - ③接種日 ④医療機関名 ⑤医療機関印(領収印) ⑥インフルエンザ予防接種代金であること
 ※領収書は、申請書の請求内訳に記入した氏名順・接種日順に、申請書の後ろ左上にホチキス留めしてください。
- 申請期限は、領収書発行日(=接種日)から1年です。期限を過ぎると補助金が受けられませんので、ご注意願います。
- 受診者1人あたり年度内に1回、接種費用の実費額を補助します。
 ※2回法(13歳未満の方が対象)で接種された場合は、2回分の領収書をあわせてご提出ください。
 (別々に申請されると1回分のみの補助になりますのでご注意ください)
- 振込は健保受付月の翌月末となります。なお、健保から振込通知は行いませんので預金通帳でご確認願います。

<送付先>

郵送の場合・・・〒108-8215 東京都港区港南二丁目16番5号 三菱重工健康保険組合 宛
 重工社内便を利用される場合・・・重工本社 気付 三菱重工健康保険組合 宛

組合記入欄	補助金支給決定額	健保受付印
	円	