

任意継続被扶養者対象

令和6年度 インフルエンザ予防接種 補助金申請書

OTG健康保険組合 御中

提出日：令和 年 月 日

★提出期限：令和7年1月10日（金）必着

予防接種時の領収書（原本）を左上にとめて、以下のとおり申請します。

※太枠内にご記入ください。

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|------------|--|--|--|------------------------------|--|
| 健康保険被保険者証 保険証の氏名の上にある記号－番号を記入 | | | | 被保険者氏名（任意継続の本人） | | | |
| 記号 | | 番号（左づめで記入） | | 被保険者氏名（任意継続の本人） (氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要) | | | |
| — | | | | | | | |
| 任継不要 | | 任意継続 | | TEL | | TEL (日中の連絡先) 申請内容や口座確認時使用 | |
| 自宅住所 (不備の際、返送先) | | 〒 | | | | | |

| (注)被接種者氏名（フルネーム） | 生年月日 | 実施日① | 実施日② | 支払金額 |
|-------------------------|----------------|------|------|------|
| | 昭和 平成 年 月 日 | 月 日 | 月 日 | 円 |
| | 昭和 平成 年 月 日 | 月 日 | 月 日 | 円 |
| | 昭和 平成 年 月 日 | 月 日 | 月 日 | 円 |
| | 平成 令和 年 月 日 | 月 日 | 月 日 | 円 |
| | 平成 令和 年 月 日 | 月 日 | 月 日 | 円 |
| インフルエンザ予防接種料合計（支払金額の合計） | | | | 円 |

※領収書またはレシートの原本（どちらの場合も下記「必須項目」が記載されているもの）を必ずご提出ください。

《必須項目》

①被接種者氏名（フルネーム）：領収書に支払者氏名が記載されている場合は、被接種者氏名をその下に追記してもらうこと。

②接種内容：「インフルエンザ予防接種」が記載されていること。

③接種年月日

④支払金額

⑤医療機関名

⑥医療機関の印（押印がない場合はなくても結構です）

(注)任意継続被保険者(本人)は、補助金の申請対象とはなりません。
任意継続被扶養者は対象です。

(説明) 健保からの補助は、2,000円1回を限度とします。(2回接種済の場合も合算して2,000円を上限に支給します。)

2,000円未満は実費を補助。

| | |
|-------------------|---|
| 補助金額（申請者がご記入ください） | 円 |
|-------------------|---|

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|---------------------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|---------|------|------|--|
| フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | 被保険者本人（任意継続ご本人）の名義とします | | | | | | | | | | | |
| 金融機関 | フリガナ | | | | | | | | 支店出張所店名 | 預金種目 | 口座番号 | |
| | 銀行 信用組合 信託銀行 労働金庫 信用金庫 農協 | | | | | | | | | | | |
| | 金融機関コード 〔インターネットで検索できます〕 | | | | | 支店コード(店番) | | | | 普通 | | |

被保険者（任意継続ご本人）の銀行口座を指定してください。

(注) 記入漏れがありますと、振込ができなくなります。

※ゆうちょ銀行を指定いただく場合は、必ず振込用の店名（漢数字3桁）・預金種目・口座番号をご記入ください。

三井住友銀行より振込のため、ゆうちょ銀行の「記号（5桁）」「番号（8桁）」では振り込むことができません。

（個人情報の取り扱い）この申請書に記載の個人情報は、インフルエンザ予防接種補助金支払い事務のみに使用します。