

受付	年	月	日
常務理事	事務長	担当	

2024年度インフルエンザ予防接種補助申請書 (個人_海外用)

※太枠内をすべて記入ください

海外での接種専用です。日本国内での接種は個人用申請書に記入ください。

被保険者情報	保険証記号		保険証番号											
	被保険者氏名		事業所名(会社名)											
	予防接種を受けた国名		社内レート コマツG社員のみ記載	※接種した月の社内レート										
接種者氏名	性別	生年月日				本人 家族 区分	接種日				補助金申請金額			
		元号	年	月	日		元号	年	月	日	※1,000円を超える場合は1,000円 ※1,000円未満の場合は実費金額		接種費用 (現地通貨)	接種費用
	男・女	昭・平 令				本人・ 家族	令						円	円
	男・女	昭・平 令				本人・ 家族	令						円	円
	男・女	昭・平 令				本人・ 家族	令						円	円
	男・女	昭・平 令				本人・ 家族	令						円	円
合 計 (支給額)														円

申請者確認欄	<input type="checkbox"/>	上記の通り記載内容については本人が記入し、申請します。 この補助金は事業所経由で受領します
--------	--------------------------	--

- ※ この申請書に記入された個人情報には補助金支給のための利用に限定しています。
- ※ 小松製作所健康保険組合の被保険者・被扶養者に限ります。(いずれも接種日に資格のある方)
- ※ **2024年4月1日～2025年1月31日までの間に接種したインフルエンザ予防接種であること。**
申請受付期間は2024年10月1日～2025年2月7日となります。
但し、2024年4月1日～2024年9月30日の間に資格喪失する場合は、資格喪失月の末日までに申請ください。
- ※ **補助申請書が2025年2月7日までに健保に到着したものについて補助いたします。期限を過ぎた申請書については受付いたしません。(健保到着期限を考慮し、各事業所の担当者へ提出ください)**
- ※ 補助金の支給は、事業主を経由して行います。(任意継続被保険者・喪失者を除く)
- ※ 接種費用(円)は、接種月のコマツの社内レートで換算し、補助額を算出します。
- ※ **①インフルエンザの予防接種であることが明記されており、②接種した医療機関の領収印、③接種を受けた方の氏名(姓名)、④接種日、⑤接種金額(単価)の記入がある“領収書の原本”を必ず添付してください。**
- ※ 13歳未満のお子さんの場合2回接種となります。1回で1,000円を超える場合は、1回分のみで申請ください。1回の接種では1,000円に満たない場合は、2回分をまとめて申請し、領収書は2回分とも提出ください。**1人年1回のみ申請となっておりますので、2回分別々での申請は受付いたしません。**
- ※ 予防接種法により市区町村から助成を受ける方は、その実費額の範囲内での補助とします。
- ※ 領収書は、領収書貼付用紙又はA4用紙に糊付けし添付ください。(ホチキス/セロハンテープ使用禁止)
- ※ 申請書と領収書貼付用紙は左上を糊付けください。(ホチキス/クリップ使用禁止)
- ※ 鉛筆書き不可。黒字のボールペンまたは万年筆でご記入ください。

領収書貼付用紙

※1枚の用紙に貼りきれない場合は A4 の用紙を追加し添付ください

確認項目	確認したら○
申請書の記入不備はないですか（被保険者氏名等）	
申請書確認欄に✓を入れましたか	
領収書の宛名は接種した方の氏名になっていますか	
領収書にインフルエンザ予防接種と明記されていますか	
レシートタイプの領収書はコピーし、原本とコピーを両方添付しましたか	
領収書の原本を領収書貼付用紙又は A4 の用紙に糊付けしましたか	
申請書と領収書貼付用紙を糊付けしましたか（提出書類が2枚以上になった場合）	