

受付	年	月	日
常務理事	事務長	担当	

2 (被保険者(社員ご本人)情報を正しくご記入ください) インフルエンザ予防接種補助申請書 (海外用) 海外での接種専用です

※太枠内をすべて記入してください

被保険者情報	保険証記号	11				保険証番号	1000000						
	被保険者氏名	健康 太郎				事業所名(会社名)	コマツオーストラリア						
	予防接種を受けた国名	オーストラリア				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 (a) 91.2						
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		
健康 太郎	男	昭平令	45	1	1	本人 家族	令	6	5	1	(b) 45.8 AUD	4,177 円	1,000 円
健康 花子	女	昭平令	46	3	3	本人 家族	令	6	5	3	50 AUD	4,560 円	1,000 円
		昭平令				本人 家族	令					円	円
						本人 家族	令					円	円
被扶養者を含む申請情報を正しくご記入ください													
合計(支給額)												2,000 円	

申請者確認欄

チェックをお願いします

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

- ※ この申請書に記入した情報は、本人のみの利用に限定しています。
- ※ 小松製作所健康保険組合の定める申請書に記入してください。(いずれも接種日に資格のある方)
- ※ 2024年4月1日～2024年6月30日までの期間に接種され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2月7日～2024年6月30日となります。
- ※ 但し、2024年4月1日～2024年6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2024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。