小松製作所健康保険組合行

受付　　年　　月　　日		
常務理事	事務長	担当

2(レ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

被保険者（社員ご本人）情報を正しくご記入ください

※太枠内をすべて記入ください

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 元号	年	月	日	本人家族区分	接種日 元号	年	月	日	補助金申請金額 ※1,000 円超える場合は 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 (a)×(b)	補助額
健康　太郎	男・女	昭・平・令	45	1	1	本人・家族	令	7	5	1	(b)45．8 AUD	4,177 円	1,000 円
健康　花子	男・女	昭・平・令	46	3	3	本人・家族	令	7	5	3	50 AUD	4,560 円	1,000 円
		昭・平				本人・家族	令					円	円
						本人・家族	令					円	円
合　計（支給額）													2,000 円

被扶養者を含む申請情報を正しくご記入ください

申請者確認欄 チエ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

✓を入れてください

※ この申請書に記入 めの利用に限定しています。
※ **小松製作所健康保 ります。（いずれも接種日に資格のある方）**
※ **2025年4月1日～ 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2 日となります。
但し、2025年4月 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6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回のみの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。**

2025.4.1 現在