

【領収書は離れないよう申請書左上裏にホチキスにてしっかり貼り付けてください。】

国内勤務者用

全日本空輸健康保険組合

インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請期限: 2024年1月5日(金)必着

確認欄			担当

申請日	年	月	日					
保険証記号番号	記号		保険証の番号(右づめ)			被保険者氏名(カナ欄も必ずご記入下さい)		印
						(カナ)		
会社名 / 部署名			社員番号(右づめ)			連絡先 (電話、または メールアドレス)		
<会社名>								
<部署名>								

● 予防接種補助申請者(被保険者)

氏名(カナ)	続柄	生年月日(西暦)	年齢	接種日	医療機関名	予防接種費用	健保補助額①
同上	本人	/ /		/		円	円

● 予防接種補助申請者(被扶養家族)

氏名(カナ)	続柄	生年月日(西暦)	年齢	接種日	医療機関名	予防接種費用	健保補助額
1		/ /		/		円	円
2		/ /		/		円	円
3		/ /		/		円	円
4		/ /		/		円	円
5		/ /		/		円	円

※ご提出前に必ず下記7項目をチェックしてください!

<input type="checkbox"/>	申請している家族はすべて健保の被扶養者ですか?
<input type="checkbox"/>	2回分の申請をしていませんか?(1回分のみ補助対象です。)
<input type="checkbox"/>	領収書は原本ですか?(レシート・コピー・明細書のみは不可)
<input type="checkbox"/>	領収書に接種した人の氏名(フルネーム)が記載されていますか?
<input type="checkbox"/>	領収書に「インフルエンザ予防接種費用」と記載されていますか?(記載無き場合は明細書も添付のこと)
<input type="checkbox"/>	領収書に受診者毎の金額が明記されていますか?(合計金額のみだと補助金計算が出来ないため不可)
<input type="checkbox"/>	接種期限(2023年12月31日)までに接種し、領収書にその日付が記載されていますか?

予防接種費用(家族)	健保補助額合計②
円	円
健保補助額合計 ①+②	円

【領収書に不備があると受付できません。①～⑤が記載されているか必ず確認してください】

*1人1枚 領収書(原本)が必要です。 ※レシート及びコピー・明細書のみ不可
家族分として纏まっている場合は、必ず領収書に接種者の名前・1人あたりの金額を記入してください。

②接種者名(フルネームで)

領収書	*****年**月**日	①接種年月日
青空 太郎 様	¥3,000-(税込)	③支払った接種費用額
但し、インフルエンザ予防接種代金として	〇〇〇〇病院 東京都……………	④インフルエンザ予防接種費用にかかる領収書である旨の記載がある事 (他の名称や記載無き場合は受理できません)
		⑤医療機関名