

提出先: 所属事業所担当部門  
任意継続者・接種日以降退職者は大同健保に送付ください(郵送料はご負担ください)

## 2020年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

ボールペン等、消えない筆記具で記入してください。

提出期限: 2021年2月26日(金)

保険証	記号	3桁	勤務先(事業所)	
	番号	1~5桁	被保険者(従業員)氏名	<自署>

予防接種補助金申請者(被保険者及び認定被扶養者に限る)

続柄	接種者氏名	接種日	接種医療機関	接種費用(円)
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		

上記記載事項・添付領収証の通り、インフルエンザ予防接種費用の補助金を申請します。  
なお、同接種に対して「利用券」の使用、「Web方式」の申請はしていません。

大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿

申請日

年

月

日

### 【領収証について】

領収証の原本 添付 ※接種医療機関発行の「領収証(原本)」接種者一人につき1枚を、ホチキス止めしてください。

※「領収証(原本)」は返却いたしません。

※セルフメディケーション税制利用のために領収証が必要な方は右欄に○をして、

「領収書の原本」添付とは別に、「領収書のコピーA4版」をクリップで止めて

提出してください。「領収証のコピー」に原本証明印を押して返送いたします。

※領収書に、「接種者名」・「接種日付」・「金額」・「医療機関名」

「インフルエンザ予防接種名」の記載がない場合は補助金の支給ができない場合があります。

なお、但し書きがない場合は、インフルエンザを接種したことが証明できる書類と一緒に添付してください。

領収証コピーへの原本証明 ○で囲んでください
<b>必 要</b>

### 【支給について】

※大同健保最終承認に至った月の翌々月末に、「補助金」を事業所へ支給します。

※任意継続被保険者(保険証記号288)・接種日以降に退職した方は、下記指定口座へ振込します。

金融機関名	支店名	分類	口座番号	口座名義(被保険者名)
		1 普通 2 当座		フイカナ

ゆうちょ銀行 (※)振込口座をご記入ください

通帳記号				通帳番号				口座名義(被保険者名)
								フイカナ

※申請対象者等の詳細は、お送りしました案内、または「すまいるケンポ」ホームページをご確認ください