

常務理事	事務長	担当

サンスター健康保険組合 御中

2021年10月4日

インフルエンザ予防接種補助金申請書

* 太枠の中をご記入ください

社員番号	12345	被保険者氏名	健保 太郎
会社名	サンスター(株)	所属部署	マーケティング部
		連絡先 TEL	7-40-****

予防接種を受けた方の氏名	続柄	接種日	予防接種の費用	決定額(健保記入欄)
健保 太郎	本人	令和3年11月1日	3,000 円	円
健保 花子	妻	令和3年11月10日	3,000 円	円
健保 一郎	子	令和3年11月10日	3,000 円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
合計				円

1. 接種期間は、2021年10月1日(金)~12月31日(金)

2. 申請締め切りは、2022年1月31日(月)健保必着

* 領収書添付欄 (領収書はクリップ留めをお願いします。原則返却はいたしません)

★補助の対象は、被保険者と被扶養者(サンスターの保険証を持っている人)です。

★補助額は、一人1,500円、期間中に1回です。

★領収書に書かれている必要事項

①接種を受けた方のお名前

②接種日

③金額 *家族分をまとめた領収書の場合には個別の接種金額も記入

④医療機関名と印

⑤インフルエンザ予防接種の代金であること

★1人で2回接種された場合でも1回分のみ対象ですので、領収書も1回分のみ添付してください

★被保険者が世帯分をまとめて記入してください。