

【申請について】

当組合の被保険者および被扶養者がインフルエンザ予防接種を受けた場合、この申請書に領収書を添付のうえ、速やかにご提出ください。

なお、接種が2回以上にわたる場合や、扶養家族数名が別日程にて接種される場合は、全員分をまとめてご申請ください。

※本年度(4/1~3/31)接種に対する補助申請受付は、翌年度の4月15日(必着)までです。期日を過ぎた場合は補助が受けられませんのでご注意ください。

【領収書について】

領収書は原本を添付して下さい。レシートは不可です。必ず領収書を発行してもらい、表面の左上にホッチキスでしっかりと留めて下さい。また、領収書には次の項目を全て記入してもらって下さい。

- ①接種者氏名(複数人で接種した場合は、それぞれの氏名)
- ②接種者ごとの支払金額(他の診察料金などと一緒にの場合は、予防接種に係った料金を明記してもらって下さい)
- ③接種年月日
- ④医療機関の印または医師の認印(領収印)
- ⑤医療機関名
- ⑥受診内容(インフルエンザ予防接種代であることを明記してもらって下さい)

【提出先】 セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合 宛

【年間補助上限額】 年間(4/1~翌年3/31) 1人 2,000円

※ただし、①接種額が2,000円に満たない場合は、100円未満を切り捨てた実費相当額とする。

②接種額が1,000円未満の場合は補助対象外とする。

記入方法

【申請日】平成 19 年 1 月 10 日

健康保険証から転記して下さい。
注) 06136519は健康保険証番号ではありません。

| 被保険者(申請者)欄 | | | | | |
|------------|----|----------------|-------|---|----------------|
| 健康保険証記号番号 | | 氏 名 | | 自宅住所 | |
| 記号 | 番号 | 姓 | 名 | 〒144-0035 東京都大田区南蒲田2-16-1 テクノポートカマタ | |
| 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | (自 署) 健保 太郎 | | 健保 | |
| 法人名 | | 店(部)コード | 所属店部名 | 担当 | 勤務先電話番号 |
| イトーヨーカドー | | 001 | 千住店 | 服飾 | 03 (6238) 2851 |

ご家族最後の接種日から概ね2週間以内に申請して下さい。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

現在勤務している店部の代表番号か直通の内線番号を記入して下さい。

接種者の氏名、生年月日を全て記入して下さい。上記の被保険者が接種した場合も、必ず記入して下さい。※補助の対象となるのは、接種した日に健康保険組合の被保険者・被扶養者の資格がある方のみです。

| 接種した方 | | ※補助対象者は、接種日当日に当組合の被保険者および被扶養者の資格がある方です。 | | |
|------------------|-----------|---|---------------------------|----------------|
| 氏 名 | 続柄 | 接種した医療機関(病院)名 | 支払金額 | ※健保使用欄 補助金額 |
| 生年月日 | 本人・妻・長男など | | 接種年月日 | |
| 健保 太郎 | 本人 | 〇〇〇病院 | 3,150 円 平成 18年 11月 1日 | |
| 大(昭)平 51年 4月 6日 | | | 平成 年 月 日 | |
| 健保 花子 | 妻 | △△△病院 | 4,200 円 平成 18年 11月 10日 | |
| 大(昭)平 53年 6月 12日 | | | 平成 年 月 日 | |
| 健保 一郎 | 長男 | □□□クリニック | 2,000 円 平成 18年 11月 1日 | |
| 大(昭)平 16年 8月 7日 | | □□□クリニック | 2,000 円 平成 18年 11月 30日 | |
| 健保 一雄 | 父 | 〇〇〇病院 | 1,500 円 平成 18年 12月 15日 | |
| 大(昭)平 28年 7月 27日 | | △△△病院 | 2,000 円 平成 19年 1月 6日 | |
| | | | 平成 年 月 日 | |
| 明大昭平 年 月 日 | | | 平成 年 月 日 | |
| | | | 平成 年 月 日 | |
| 明大昭平 年 月 日 | | | 平成 年 月 日 | |

接種受診医療機関名を記入して下さい。

医療機関の窓口で実際に支払った金額を記入して下さい。

接種を受けた年月日を記入して下さい。複数回接種しても、補助は1年に1度限りです。

| 健保使用欄 | | | |
|-------|-----|-------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | マネジャー | 担当者 |
| | | | |

受付印

補助額合計

ここには何も記入しないで下さい。