

記入例

|                 |      |     |   |   |     |   |     |
|-----------------|------|-----|---|---|-----|---|-----|
|                 | 常務理事 | 事務長 |   |   |     |   | 担 当 |
| 支給決定額           |      |     |   |   |     |   |     |
| ※記入・押印不要（健保使用欄） |      |     |   |   |     |   |     |
| 何年月日            | 令和   | 年   | 月 | 日 | 支給額 | 円 |     |
| 支給決定額           |      |     |   |   |     |   |     |

## インフルエンザワクチン接種補助申請書(海外用)

健保補助限度額(消費税込み):各人1回 3,300円 (2回法の場合、各回3,300円)まで

【申請者記入欄】

|       |              |              |    |           |  |               |                    |
|-------|--------------|--------------|----|-----------|--|---------------|--------------------|
| 被保険者等 | 記号           | 101          | 番号 | 12345     | ※接種代に対する補助金額については健保にて為替レ<br>3,300円/回を上限として、支給額を決定させていただきます |               |                    |
| 受診者氏名 | 被保険者<br>との続柄 | 生年月日         | 年齢 | 接種した医療機関名 | 接種日  | 接種代<br>(現地通貨) | 1,2<br>どちらかを<br>記入 |
| 健保 太郎 | 本人           | X年 X月 XX日    | 47 | 〇〇クリニック   | X年 XX月 XX日   | \$40.00       | 1 回目               |
| 花子    | 妻            | X年 XX月 XX日   | 44 | 〇〇クリニック   | X年 XX月 XX日   | \$40.00       | 1 回目               |
|       |              | 昭平令<br>年 月 日 |    |           | 年 月 日  |               | 回目                 |
|       |              | 昭平令<br>年 月 日 |    |           | 年 月 日  |               | 回目                 |
|       |              | 昭平令<br>年 月 日 |    |           | 年 月 日  |               | 回目                 |
|       |              | 昭平令<br>年 月 日 |    |           | 年 月 日  |               | 回目                 |
|       |              | 昭平令<br>年 月 日 |    |           | 年 月 日  |               | 回目                 |
|       |              | 昭平令<br>年 月 日 |    |           | 年 月 日  |               | 回目                 |

病院窓口で  
実際に  
支払った額  
(現地通)

備 考

被保険者の口座または会社の口座  
を記入ください。  
※会社の場合は会社が立替払いを  
している時のみ。

|               |       |                      |      |       |      |                      |
|---------------|-------|----------------------|------|-------|------|----------------------|
| 振込先<br>(国内銀行) | 銀行コード | X X X X              | 店番号  | X X X | フリガナ | ケンポ タロウ              |
|               | フリガナ  | 〇〇××                 | フリガナ | △△△△  | 名義人  | 健保 太郎                |
|               | 〇×    | 銀行 労金<br>信金・信組<br>農協 | △△   | 支店    | 口座番号 | X X X X X X 普通 貯蓄・当座 |

※振込先は必ず被保険者ご本人の口座番号をご記入ください

上記のとおり請求します。

XX 年 XX 月 XX 日

被保険者  
(申請者)

JVCケンウッド健康保険組合 殿

会 社 名 : 株式会社 ●●●●

所 属 : ◇◇◇◇部

氏 名 : 健保 太郎

メールアドレス : ○●○@××××

(公開アドレス帳に登録以外のアドレスをご使用の場合はご記入ください。)

- 注意事項
- 医療機関による診療内容確認の為、「領収書」原本(コピーは不可)を添付願います。
  - 領収書には医療機関による次の項目の記載が必要です。記載が無い場合は返却させていただきます。  
①受診者氏名(全員のお名前) ②受診内容:インフルエンザ予防接種 ③受診年月日(各人各回)  
④金額が他の項目(診療費や薬代等)と一緒に内訳がわかること ⑤医療機関名
  - 領収書の宛名について、会社名、健保名が入った領収書は不可となります。(必ず受診者氏名で記載願います)
  - 被保険者・被扶養者のみ申請の対象となります。扶養されていない方(当健康保険組合未加入者)は対象外となります。
  - 現地通貨と日本円のレート計算は、接種月の末日のレートにて計算します。(健保にて確認します)
  - 補助対象期間は10月1日~12月31日の接種分です。1月以降の接種は補助対象外です。【提出期限1月31日(健保必着)】