

健保 決裁 欄	常務理事	事務長	係	係

補助金決定額
※
円

受付印

※健保記入欄のため記入しないでください。

CNCグループ健康保険組合 御中

令和6年度 インフルエンザ 予防接種補助金申請書

被保険者証の記号・番号	被保険者氏名					※申請期限：3月17日必着 ※太線枠内をご記入ください
1324 -						
接種者氏名	生年月日	続柄	接種年月日	窓口負担額	健保補助額	
	昭和 平成 令和 年 月 日	本人 家族	令 年 月 日	円		
	昭和 平成 令和 年 月 日	本人 家族	令 年 月 日	円		
	昭和 平成 令和 年 月 日	本人 家族	令 年 月 日	円		
	昭和 平成 令和 年 月 日	本人 家族	令 年 月 日	円		
	昭和 平成 令和 年 月 日	本人 家族	令 年 月 日	円		

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を請求します。
ただし、補助金の受領を事業主に委任します。

令和 年 月 日 記入

被保険者 住所 〒 -

氏名 (自署の場合
押印省略可)

TEL (日中の連絡先)

【申請上の注意】

- ☆ 申請対象者はCNCグループ健康保険組合の被保険者および被扶養者で、接種当日に資格がある方です。
- ☆ 接種医療機関が発行した「領収書(原本)」(レシートは不可)を添付してください。「領収書」は返却いたしません。

(領収書には以下の記載がある必要があります)

- ・ 領収日、宛名(接種者のフルネーム)、領収額
- ・ 医療機関名(手書きの場合は医療機関朱肉印が必要)
- ・ 摘要欄に「インフルエンザ予防接種代」および家族分と併せて一枚の場合は接種者全員の氏名とその接種単価

- ☆ 東振協の利用券を使用した接種者はこちらの申請はできません。
- ☆ ご家族すべての接種が済んでから、まとめて請求してください。(複数回の申請は受付できません)
- ☆ 補助回数は接種対象期間中に1人1回限りです。
- ☆ 補助金の上限は一人当たり4,060円です。それを超えた分の補助はできません。
- ☆ 接種日の翌日以降に退職されている方は、健康保険組合までご連絡ください。
- ☆ この申請書は会社を経由せずに、**直接CNCグループ健康保険組合へ提出**してください。申請期限以降は受付できません。