

インフルエンザ予防接種 補助金申請書 (1157) (1257)

オムロン健康保険組合 御中

(対象者全員分まとめて申請してください)

領収書は裏面にのり付け(ホッチキス留め不可)

被保険者 記載欄		記号(2ケタ)	保険証番号	連絡先	トール(無い方および退職者は外線)	
氏名	会社略号 (OCはロケ)		(退職者は記載不要)	所属	(退職者は記載不要)	
住所	退職予定者は、TELと口座NO(下方)も要記載 TEL () -					

接種者 1	※健保管理No.		生年月日	続柄	予防接種日
	氏名(フリガナ)		S H 年 月 日生 R	例:本人、長男	R 年 月 日 (2回目:R 年 月 日) ↑子供または、医師判断により2回目がある時
	① 一般の予防接種額	② 領収書の金額	③ 市区町村の補助額		④当健保への補助申請額
	円	円	①-②		円
	③=0 : ②(上限2,000円) ③≠0 : 2,000円-③				
①65歳以上の方は、接種を受ける病院で「一般の接種額」を確認ください。市区町村補助を差引いた金額を病院へ支払っています。 ③市区町村補助が2,000円以上のときは、当健保からの補助はありませんので、申請不要です。					
住所		被保険者と住所が同じ場合は『同上』と記載			

接種者 2	※健保管理No.		生年月日	続柄	予防接種日
	氏名(フリガナ)		S H 年 月 日生 R	例:本人、長男	R 年 月 日 (2回目:R 年 月 日) ↑子供または、医師判断により2回目がある時
	① 一般の予防接種額	② 領収書の金額	③ 市区町村の補助額		④当健保への補助申請額
	円	円	①-②		円
	③=0 : ②(上限2,000円) ③≠0 : 2,000円-③				
①65歳以上の方は、接種を受ける病院で「一般の接種額」を確認ください。市区町村補助を差引いた金額を病院へ支払っています。 ③市区町村補助が2,000円以上のときは、当健保からの補助はありませんので、申請不要です。					
住所		被保険者と住所が同じ場合は『同上』と記載			

接種者 3	※健保管理No.		生年月日	続柄	予防接種日
	氏名(フリガナ)		S H 年 月 日生 R	例:本人、長男	R 年 月 日 (2回目:R 年 月 日) ↑子供または、医師判断により2回目がある時
	① 一般の予防接種額	② 領収書の金額	③ 市区町村の補助額		④当健保への補助申請額
	円	円	①-②		円
	③=0 : ②(上限2,000円) ③≠0 : 2,000円-③				
①65歳以上の方は、接種を受ける病院で「一般の接種額」を確認ください。市区町村補助を差引いた金額を病院へ支払っています。 ③市区町村補助が2,000円以上のときは、当健保からの補助はありませんので、申請不要です。					
住所		被保険者と住所が同じ場合は『同上』と記載			

接種者 4	※健保管理No.		生年月日	続柄	予防接種日
	氏名(フリガナ)		S H 年 月 日生 R	例:本人、長男	R 年 月 日 (2回目:R 年 月 日) ↑子供または、医師判断により2回目がある時
	① 一般の予防接種額	② 領収書の金額	③ 市区町村の補助額		④当健保への補助申請額
	円	円	①-②		円
	③=0 : ②(上限2,000円) ③≠0 : 2,000円-③				
①65歳以上の方は、接種を受ける病院で「一般の接種額」を確認ください。市区町村補助を差引いた金額を病院へ支払っています。 ③市区町村補助が2,000円以上のときは、当健保からの補助はありませんので、申請不要です。					
住所		被保険者と住所が同じ場合は『同上』と記載			

退職予定者記入欄 振込希望銀行 (特退・任継の方記載不要)	振込先金融機関	銀行 信用金庫	支店
口座名義(カカナ)	口座番号	普通 No.	

※健保管理No. は、記載不要

申請額合計

申請日: 令和 年 月 日

円

注意

(裏面)

- 1.申請対象者は、申請日に当健保の被保険者です。
- 2.補助対象者は、予防接種日に当健保の被保険者および被扶養者です。(保険証に名前がある方)
- 3.補助対象は、被保険者・被扶養者ともに1年度(4月～翌3月)に1回です。
- 4.予防接種日に被保険者で、接種日後半年以内に退社予定の方は「TEL」、「振込希望銀行」欄も記載下さい
- 5.補助の上限は2,000円/人です。上限額未滿で予防接種を受診された場合は実費を補助します。

補助申請額が0円の場合は、申請できません。

例)・病院で4,000円支払った⇒2,000円を補助

- ・市区町村から500円補助が出て、病院で1,500円支払った⇒2,000 - 500 = 1,500円を補助
- ・市区町村から2,000円補助が出て、病院で500円支払った⇒2,000 - 2,000 = 0円で補助なし
- ・1人が2回に分けて予防接種をし、病院で2回合計3,500円支払った⇒2,000円を補助

- 6.当健保は市区町村の補助が不足または無い部分を補助します。市区町村の補助が優先です。
- 7.領収書の原本を左側にのり付けしてください。(ホッチキス留め不可)
提出頂いた申請書および領収書の原本は返却できません。(認定外の家族分を添付しないでください。)

- 8.被保険者・被扶養者の予防接種日がバラバラの場合は、
全員の予防接種が完了するのを待ってから、まとめて申請してください。
- 9.子どもやお年寄りで1人が2回に分けて予防接種した場合は、2回分をまとめて申請してください。
別々で申請された場合は後日申請分が不支給となります。
- 10.申請用紙1枚で書ききれない場合は2枚目を作成してください。

但し、1枚目・2枚目を同時に申請してください。

- 11.申請後実際に補助が支給されるまで、事務処理の都合上3～4ヶ月かかります。ご了承ください。
- 12.いつ支給されるかは支給月の『医療費のお知らせ』(毎月20日頃更新)に掲載されます。
当健保 医療費のお知らせ URL: <https://web.kenpo.gr.jp/omron/login.asp>
- 13.支給は、被保険者に以下の方法で行います。

現役社員の方:支給月に当健保から会社経由で入金

OC、OHQ、OAE、OSS社員は支給月の給与と一緒に会社から入金

他の関係会社社員は各社総務担当へご確認ください

任意継続・特例退職の方:支給月の最終営業日に当健保から保険料引落口座へ入金

退職者の方:支給月の最終営業日に当健保から申請書に記載された「振込希望銀行」または

現役時の給与振込口座へ入金

- 14.退職予定者は、退職日以前に予防接種を受け、在職中に申請ください。退職日後は申請を受付
できません。また、退職予定者の振込希望銀行は、被保険者の口座をご記入ください。

領収書の原本をのりづけ(ホッチキス留め不可)