

健 保 記 入 欄	支給金額
	円

担当	事務長	常務理事

## 風疹抗体検査費用 補助金請求書

## 風疹ワクチン 補助金申請書

オムロン健康保険組合 御中

領収書は裏面にのり付け(ホッチキス留め不可)

申請者(*現役被保険者)名		記号	番号	連絡先	トール(無い方は外線)
氏名	会社略号 (OCはロケ)			所属	
生年月日・性別	S H	年	月	日	男・女
住所	退職予定者は、口座NOを裏面に記入してください。			定健以外で受けたときは下記より項目を選択してください。	
				海外在住・事前連絡(下記の注意事項参照)・定健で実施なし	

\* 接種時に資格喪失されている方、国のクーポンをお持ちの方は対象外です。

補助種類に○をしてください。(両方請求される方は、2つに○を付けてください。)

A. 抗体検査補助金	B. ワクチン接種の補助金 ※麻疹との2種混合含む
------------	---------------------------

A. 抗体検査実施日	A. 医療機関名	補助上限額	* 料金(税込)
B. 風疹ワクチン接種日	B. 医療機関名		* 上限を超えたときは上限額
R 年 月 日		A: 8,000円	円
R 年 月 日		B: 10,000円	円
請求額 合計			円

<留意事項>

- |           |  |
|-----------|--|
| 1. 補助対象者  | 在籍中の被保険者(喪失後の接種は対象外、国のクーポンの対象者*注1は、クーポンで無料になるため対象)   |
| 2. 補助対象内容 | A.風疹の抗体検査、B.抗体検査結果が陰性だった方の風疹単独または風疹と麻疹の2種混合のワクチン接種費用。  |
| 3. 申請条件   | 2019年4月1日～2021年3月31日までに検査またはワクチンを受けた方  |
| 4. 申請回数   | 事業対象期間(2019年4月～2021年3月)に各1回  |
| 5. 補助金額   | 実費(消費税込) 上限 : A.抗体検査 8千円 B.風疹単独または風疹と麻疹の2種混合ワクチン接種 1万円   |
| 6. 支給条件   | 海外在住で国のクーポン対象とならない方は、領収書添付して申請ください。<br>クーポン対象外でやむをえない理由で定期健診で抗体検査を受けられない方は、事前に健保に了解を取って検査等を受けてください。<br>市区町村の独自補助がある場合は市区町村の補助額を差引いて請求ください。(注2) |

\*注1 国のクーポン対象者は、1962年4月2日～1979年4月1日生まれの男性(国内に居住)

\*注2 ホームページのお問合せフォームにて事前に了解を取ってください。

### 海外在住証明書

上記申請者

が国外居住のため、国内の補助対象でないことを証明します。

証明日(申請日)      年      月      日

事業主

印

領収書の原本を左端に、のりづけ（ホッチキス留め不可）

留意事項(詳細)

- ・ 国からのクーポン対象者が、クーポンを使用せずに行った抗体検査とワクチン接種には健保組合での補助はできませんので、ご注意ください。
- ・ ご提出いただいた申請書および領収書の原本は返却できません。  
(コピーが必要な場合は、各自で事前をお願いします。)
- ・ 補助申請は、抗体検査とワクチン接種をまとめて、提出してください。
- ・ 請求書の提出先は、OC・OHQ・OAE・OSSの方は、K OLI(人サ)CCS、その他の事業所は各事業所人総部門をお願いします。
- ・ 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。ご承知おきください。
- ・ 支給は、当健保から会社経由で入金します。  
支給額・支給月は、会社経由でお配りする『給付金のお知らせ』でご確認ください。
  - ・OC、OHQ、OAE、OSS社員  
→『給付金のお知らせ(給付金支給決定通知書)』の右上、作成日の翌月に、給与と一緒に会社が入金
  - ・上記以外の関係会社社員  
→『給付金のお知らせ(給付金支給決定通知書)』の右上、作成日の2ヵ月後に、給与と一緒に会社が入金  
(詳しくは、各社総務担当へご確認ください)
- ・退職予定者は、退職日以前に抗体検査およびワクチン接種を実施し、在職中に申請ください。  
退職後の申請は受付できません。  
申請後3~4ヵ月以内に退職予定のある方は、健保へ振込先をご連絡ください。

退職者用振込先記入欄(被保険者本人の口座)

銀行名	支店名	普通・当座	口座番号(7ケタ)	口座名義(カタカナ)

以上