トヨタ紡織健康保険組合 行

インフルエンザ予防接種補助金申請書　【海外接種用】

◆太枠内を全て記入し、必要書類を添付して提出して下さい。

提出日	年　月　日

被保険者等記号番号	事 業 所 名	所　　属
－		

被保険者名	従 業 員 番 号	連 絡 先

◆接種について

接 種 者 氏 名	続　柄	生 年 月 日 (該当の元号に〇)	接 種 日	接種費用 (現地の通貨単位)	接種国 レート 接種費用
		昭和・平成・令和 年　月　日	年　月　日		
		昭和・平成・令和 年　月　日	年　月　日		
		昭和・平成・令和 年　月　日	年　月　日		
		昭和・平成・令和 年　月　日	年　月　日		
		昭和・平成・令和 年　月　日	年　月　日		

〇 補助対象接種期間　：４月１日　～　翌年３月３１日

〇 必　要　書　類　：**領収明細書**　※以下の必要項目につきまして、和訳をお願いします

※ 領収明細書は、①医療機関名 ②接種者氏名 ③接種日 ④接種金額
⑤インフルエンザの予防接種であることが明記されていることが必要です。

〇 補　助　金　額　：上限 ２，０００円　（２，０００円未満の場合は全額）

〇 提　出　先　：**トヨタ紡織健康保険組合　濱田**　※会社宛ではありませんので、ご注意下さい

〇 提　出　方　法　：郵送　または　メール　yuka.hamada@toyota-boshoku.com

【注意事項】

① 上記接種期間内にお一人様１回の補助となります。接種日時点で当組合の資格のない方・喪失している方は補助の対象ではありません。

② 12歳以下のお子様で、2回接種された場合も補助は１回分となります。

③ 補助金は会社経由でのお支払いとなります。

④ 原則として提出した領収書(原紙)は返送致しません。（必要な方は控えをとって下さい）

⑤ 補助金の支給決定内容は、健保組合から配布している『医療費通知』にてお知らせ致します。

※ 個人情報の保護について： この情報は健康保険の事業のみに使用し、その目的以外には使用致しません。

2024.12