（伺年月日）　令和　　年　　月　　日

支給決議書	常務理事	事務局	備考欄

資格関係			記号・番号	支給金額
	取得	平成・令和　　年　　月　　日		
	喪失	平成・令和		

□の箇所は、該当部分に☑を付けてください

＊この線より上は申請者において記入しないこと＊

＜注意事項＞　※一読後、必ず☑チェックを付けて下さい。未記入の場合は返却します。

- ☑ 接種当日に当健保加入資格が無い方については支給対象外です。
- ☑ 医療機関の領収書（コピー可。**接種者氏名・金額・「ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種」**の記載が有るもの）必須
- ☑ 申請は、1回/人・年、補助額は、実費。但し、上限2，000円となります。
- ☑ 紙申請を行うとセレクトプランのポイント申請は出来ません。

＜確認事項＞

- ☑ **WEB申請**（セレクトプランもしくはKosmoWeb）が**出来る環境がないため**、紙での申請をいたします。

インフルエンザ予防接種　補助

健康保険の記号・番号を記入

在籍事業所・社員番号を記入。任継者は記入不要

記号・番号	1234　－　1234567	会社名	○○会社	社員番号	12345

利用者	氏　名	続　柄 ※長男・長女など	接種年月日	医療機関への支払額 ※2回接種の場合は合計額	補助申請額
1	帝人　太郎	本人	令和 5 年 10 月 9 日	3,600 円	2,000 円
2	帝人　花子	妻	令和 5 年 10 月 9 日	1,500 円	1,500 円
3	帝人　ふく	長男	令和 5 年 10 月 9 日	5,000 円	2,000 円
4			令和　年　月　日	円	円
5					円
6			年　月　日	円	円

2回接種の場合は合計額

インフルエンザ予防接種を受けた内容
（氏名・続柄（長男・長女など）・接種年月日・医療機関への支払額・補助申請額　を記入）

振込先指定口座 ※資格喪失者のみ記入	※在籍者は給与振込、任意継続加入者は、加入時に届出された口座への振込となりますので記入不要です。
	［銀行・信用金庫・農協］（コード　　）　［本店・支店・出張所］（コード　　）
	貯金種別　□ 普通　□ 当座
	郵政番号　1　　0　　郵政番号　　1

帝人グループ健康保険組合の資格を喪失している方のみ記入

上記のとおり請求いたします。

帝人グループ健康保険組合理事長　殿

令和　5　年　3　月　1　日

被保険者（請求者）

〒　123　－　4567

住　所　愛媛県松山市○○○○○

氏　名　帝人　太郎

TEL：　×××　－　××××　－　××××

被保険者の住所・氏名