

インフルエンザ予防接種補助金事業所申請の留意事項

- ★ 事業所が取りまとめて申請される場合は、以下の留意事項等をご確認のうえ、必要書類を添付して、提出して下さい。
- ★ **事業所からの補助がない場合は、原則として各個人で申請くださるようお願いいたします。**業務管理上、総務等の担当者がまとめて提出される際は、下記「1. 個人で接種したものを事業所がまとめて申請する場合」の1) 事業所からの補助がない場合」を参考にご提出ください。
- ★ **最終締切日は、毎年3月15日です。**
※15日が土日祝日の場合は、直前の金曜日となりますので、ご注意ください。
- ★ 毎月25日までに旭化成健康保険組合に到着した申請書について、翌月の給与支払い（または事業所宛支払）とします。

【 提出していただく書類について 】

1. 個人で接種したものを、事業所がまとめて申請する場合

※申請はできるだけ集約して（例：1ヶ月分等）ご提出いただけると助かります。

1) 事業所から補助がない場合

①「様式2 申請用紙（事業所補助なし）」・・・太枠内にもれなくご記入下さい

2) 事業所から補助がある場合

①「様式3 申請用紙（事業所補助あり）」・・・太枠内にもれなくご記入下さい

②「個人申請用紙（事業所指定のもの）」・・・領収証（書）のコピーも添付して下さい

2. 事業所で集団接種したものを、まとめて申請する場合

①「様式4 事業所一括申請用紙」・・・太枠内にもれなくご記入下さい

※ 補助金支払方法も、忘れず選択して下さい

② 医療機関発行の領収証（書）・・・コピーを添付して下さい

※ 領収証（書）の余白部分に、一人当たりの費用と接種人数を追記して下さい
（例： 2,500円 × 50人）

③「様式5 受診者一覧」・・・「入力時のお願い」を参考に入力して下さい

※ 様式5（excelシート）は社内メールで送付と同時に、Eメールにて代表組織 旭化成健保（kenpo@om.asahi-kasei.co.jp）まで送付ください。

※上記1. 2の場合でご家族分がある場合は「様式1 個別申請書」を使用し、個別に申請いただくか、10月末頃、ご案内する、電子メールで申請いただくか、いずれかをご利用下さい。

【 領収証（書）に関するお願い 】

- ・領収証（書）には、下記の記載が必要です。不備がある場合は、医療機関に追記、捺印を依頼してください。（レシートタイプの領収証も同様です）

イ	領収証（書）という項目
ロ	接種日
ハ	接種者氏名（集団接種の場合は事業所名）
ニ	接種に要した金額
ホ	予防接種の内容（但し書き） 「インフルエンザ予防接種代」と記載
ハ	接種を受けた医療機関等名と医療機関等の領収印

【 送付先 】 ※送付方法は、社内メールまたは郵送でお願い致します

1) 社内メールの場合

（延岡）旭化成健康保険組合 インフルエンザ補助担当宛

2) 郵送の場合

〒882-0847

宮崎県延岡市旭町2丁目1番地3

旭化成健康保険組合 インフルエンザ補助担当宛

3) 問合わせ先

旭化成健康保険組合

（内線） 892-2940 （外線） 0982-22-2900 （フリーダイヤル） 0120-290-053

★領収証の原本は、この申請書の裏面に貼付して下さい。

★領収証に関する留意事項

(様式1)

健保受付印

必ず下記項目の記載があるかご確認ください

(内容に不備がある場合は、医療機関に追記、捺印を依頼してください)

- 接種者氏名 ■接種日 ■「インフルエンザ予防接種代」の記載
- 接種代金 ■医療機関名 (「インフルエンザ」の文言は、必ず必要です)
- 医療機関の捺印 (必ず必要ですので、ご注意ください)

提出前に本申請書と領収証の写しを保管しておいてください。

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

☆送付先 → 社内便：(延岡) 旭化成健康保険組合(インフルエンザ担当)

郵送：〒882-0847 宮崎県延岡市旭町2-1-3
旭化成健康保険組合(インフルエンザ担当)

申請者(本人)記入部分	提出日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 太枠内にもれなく記入してください		
			*最終期限3月15日健保必着厳守! ※ 締切日が変更になっていますので、ご注意ください!		
	被保険者証 (06450019は違います)		被保険者(従業員)氏名		
	記号	番号(右づめ)			
	<input type="checkbox"/> 20				
	<input type="checkbox"/> 21				
	所属(地区・事業会社・部工場・課・係等メールの届く所属名) *任意継続の方はご住所をご記入ください		日中連絡可能な 電話番号(職場、携帯等)		
	接種者氏名		続柄	接種金額	
	1	フリガナ	本人	扶養 家族	円
2	フリガナ			円	
3	フリガナ			円	
4	フリガナ			円	
5	フリガナ	扶養 家族		円	
6	フリガナ			円	
7	フリガナ			円	

※ お名前のない一番上の氏名枠には、「以下余白」とご記入ください(記入例参照)

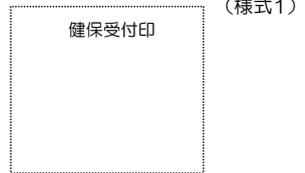
- 注) 1. **補助対象者は、旭化成健康保険組合加入の被保険者と被扶養者です**
 ※扶養家族の申請は、扶養している被保険者従業員が申請してください(ご夫婦とも被保険者の方は特にご注意ください)
2. 補助額は年度上限1,000円/人を限度とします。(1,000円に満たない場合は実費を補助します)
3. **申請書の受付期間は、当年10月1日~翌年3月15日(健保必着)とします**
 ※毎月25日までに申請書が健保に届いたものについて、翌月の給与(または指定口座)へ振込み
4. 個人情報の保護に関する取扱いについて
 本申請に関して、申請書等に記載していただく個人情報については、このインフルエンザ予防接種補助金支給に関してのみ使用され、他に利用されることはありません。

旭化成健康保険組合

支給決定番号(健保記入)	NO	~
--------------	----	---

★領収証の原本は、この申請書の裏面に貼付して下さい。

★領収証に関する留意事項



記入例

必ず下記項目の記載があるかご確認ください

(内容に不備がある場合は、医療機関に追記、捺印を依頼してください)

- 接種者氏名 ■接種日 ■「インフルエンザ予防接種代」の記載
■接種代金 ■医療機関名 (「インフルエンザ」の文言は、必ず必要です)
■医療機関の捺印 (必ず必要ですので、ご注意ください)

提出前に本申請書と領収証の写しを保管しておいてください。

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

☆送付先 → 社内便：(延岡) 旭化成健康保険組合(インフルエンザ担当)

郵送：〒882-0847 宮崎県延岡市旭町2-1-3
旭化成健康保険組合(インフルエンザ担当)

Application form with fields for submission date (2021.12.10), insured person info (旭太郎), and a table for vaccination recipients (旭太郎, 旭花子, 旭一郎) with amounts (3,500 yen).

※ お名前のない一番上の氏名枠には、「以下余白」とご記入ください(記入例参照)

- 1. 補助対象者は、旭化成健康保険組合加入の被保険者と被扶養者です
2. 補助額は年度上限1,000円/人を限度とします。
3. 申請書の受付期間は、当年10月1日～翌年3月15日(健保必着)とします
4. 個人情報の保護に関する取扱いについて

旭化成健康保険組合 stamp area

支給決定番号(健保記入) NO ~

事業主申請用紙（事業所補助なし）

健保受付

(お願い！)

・記入の前に、留意事項を必ずご確認ください！

・提出前にインフルエンザ予防接種補助金支給申請書と領収証(書)の写しを保管ください。

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

提出日： 年 月 日

旭化成健康保険組合 御中

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金の支給を申請します。

※ 太枠内をもれなくご記入下さい

事業所名		
申請担当者	氏名：	連絡先TEL：
申請者数		人

《 必要添付書類 》

■ 様式1 個別申請書

- ・太枠内に必要事項を記入する（家族分も含む）
- ・受診者全員分の領収証（書）の原本を、申請書の裏に貼付する

【領収証（書）の必要記載事項】 領収証（書）には下記必要記載事項すべてが必要です。

- イ 領収証（書）という項目
- ロ 接種日
- ハ 接種者氏名
- ニ 接種に要した金額
- ホ 予防接種の内容
「インフルエンザ予防接種代」と記載
- ヘ 接種を受けた医療機関等名と医療機関等の領収印

*この申請書は、事業主が被保険者本人・家族分を一括申請するための申請書で

【申請上の注意】

1. 当旭化成健保に加入する被保険者及び家族の補助を、事業主が一括申請する場合に使用する申請書です。事業主を介さず、個人での申請については、この様式2を使用せず、「様式1 個別申請書」を使用し、裏に領収証の原本を貼付して、各個人で申請して下さい。
2. 補助額は年1,000円/人です。(1,000円に満たない場合は実費額)
3. 補助は4月1日から翌年2月末日の期間に予防接種を受けた場合で、年間一人1回です。
4. 毎年3月25日が最終締切日です。(25日が土日祝日の場合は、直前の金曜日となりますので、ご注意ください)
5. 毎月25日までに健保到着分について翌月の給与に加算します。

No	被保険者番号	本人	受診者氏名	自己負担額	健保補助金額
1		1			
2		1			
3		1			
4		1			
5		1			
6		1			
7		1			
8		1			
9		1			
10		1			
11		1			
12		1			
13		1			
14		1			
15		1			
16		1			
17		1			
18		1			
19		1			
20		1			
21		1			
22		1			
23		1			
24		1			
25		1			
26		1			
27		1			
28		1			
29		1			
30		1			
31		1			
32		1			
33		1			
34		1			
35		1			
36		1			
37		1			
38		1			
39		1			
40		1			
41		1			
42		1			
43		1			
44		1			
45		1			
46		1			
47		1			
48		1			
49		1			
50		1			
51		1			
52		1			
53		1			

※ お願い

- ① 被保険者番号は、半角数字(必ず保険証の番号を入力)
- ② 受診者氏名は、「姓」と「名」の間を、1文字(全角)空ける
- ③ 受診者氏名は、保険証に記載の氏名を入力
(結婚後、保険証氏名と会社内の氏名と違う方は、特にご注意ください)
- ④ 自己負担金額は、一人当たりの接種金額
- ⑤ 健保補助金額は、自己負担金額が1,000円を超える場合は「1,000」
1,000円に満たない場合は実費を入力

※ この一覧表を電子メールで送付する際は、圧縮してパスワードをかけたものを、送信して下さい