

この申請用紙はALSOKを退職した後、任意継続している方のための申請用紙です。扶養している家族の分も一緒にまとめて申請してください。
ALSOKの社員(または雇員)が申請する場合は所属の総務担当者へお問い合わせください。

インフルエンザ予防接種補助金申請書(任意継続世帯)

もし申請書類に記入漏れや不明な点があった場合は、健保担当者より連絡させていただくことがあります。(健保TEL03-3470-2531)

記入例

申請者記

記号	200	番号	1234	被保険者氏名	健保 太郎		
				連絡先	090-****-****		
氏名 (予防接種を受けた者)	接種日 1回目	接種日 2回目 (12歳以下)	領収書金額	健保記入欄			
健保 太郎	○年○月○日		3,500	補助金額 3000円			
健保 康子	○年	12歳以下でインフルエンザ予防接種を2回行った場合の記入例		3,500			
健保 組太	○年○月○日	○年△月△日	7,000	補助金額 6000円			
健保 合子	○年×月×日		8,000	補助金額 3000円			
12歳以下で鼻スプレーワクチン「フルミスト」を投与した場合の記入例。 通常のワクチンを1回打ったのと同じ補助になります。							

<領収書をもらったら必ず確認してください>

- 宛名がフルネームで記載されている
接種した人の名前がすべて記載されている
- 「インフルエンザ予防接種」を受けたことが明記されている
(予防接種だけの記載は不可)
- 接種年月日
(12歳以下の2回接種の場合は1回目・2回目両方の接種日の記載が必要)
- 受診日、発行元が記載されている

※ ※ 上記の確認事項が診療明細書に記載されている場合は、領収書に追加して