【申請について】
当組合の被保険者および被扶養者がインフルエンザ予防接種を受けた場合、この申請書に**領収書を添付**のうえ、速やかにご提出ください。
なお、接種が2回以上にわたる場合や、扶養家族数名が別日程にて接種される場合は、全員分をまとめてご申請ください。
※本年度(4/1～3/31)接種に対する補助申請受付は、**4月15日(必着)**までです。被保険者の責任により期日を過ぎた場合は補助がうけられませんのでご注意ください。

【領収書について】
領収書は原本を添付して下さい。**レシートは不可**です。必ず領収書を発行してもらい、表面の左上にホッチキスでしっかりと留めて下さい。また、領収書には次の項目を全て記入してもらって下さい。
①接種者氏名(複数人で接種した場合は、それぞれの氏名)
②接種者ごとの支払金額(他の診察料金などと一緒の場合は、予防接種に係った料金を明記してもらって下さい)
③接種年月日
④医療機関の印または医師の認印(領収印)
⑤医療機関名
⑥受診内容(インフルエンザ予防接種代であることを明記してもらって下さい)

【提出先】　セブン＆アイ・ホールディングス健康保険組合　宛

【年間補助上限額】 年間(4/1～翌年3/31)　　1人　2，000円
※ただし、①接種額が2,000円に満たない場合は、100円未満を切り捨てた実費相当額とする。
②接種額が1,000円未満の場合は補助対象外とする。

記　入　方　法

【申請日】 令和 4年 1月 10日

ご家族最後の接種日から概ね2週間以内に申請して下さい。

健康保険証から転記して下さい。
注) 06136519は健康保険証番号ではありません。

被保険者(申請者)欄										
保険証氏名上段に記載された								氏　名	自宅住所	
記号		番号						ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ	〒123－4567	
0	1	－	1	2	3	4	5	6	健保　太郎	東京都千代田区二番町1－1 セブンハイツ711号室

法　人　名	店(部)コード	所属店部名	担　当	電話番号(日中連絡がとれる番号)
イトーヨーカドー	001	千住店	鮮魚	①職場 2. 自宅　03 (1234) 5678 3. 携帯

職場は現在勤務している店部の代表番号又は内線番号を記入して下さい。

接種者の氏名、生年月日を全て記入して下さい。
上記の被保険者が接種した場合も、必ず記入して下さい。
※補助の対象となるのは、接種した日に健康保険組合の被保険者・被扶養者の資格がある方のみです。

接種した方　※補助対象者は、接種日当日に当組合の被保険者および被扶養者の資格がある方です。

氏　名 / 生年月日	続柄		接種した医療機関(病院)名	支払金額 / 接種年月日	※健保使用欄 補助金額
健保　太郎 / 昭 平 令 51年 4月 6日	本人	1回目	○○○病院	3,150 円 令和 3年 11月 1日	
		2回目		円 令和 年 月 日	
健保　花子 / 昭 平 令 53年 6月 12日	妻	1回目	△△△病院	4,200 円 令和 3年 11月 10日	
		2回目		円 令和 年 月 日	
健保　一郎 / 昭 平 令 16年 8月 7日	長男	1回目	□□□クリニック	2,000 円 令和 3年 11月 1日	
		2回目	□□□クリニック	2,000 円 令和 3年 11月 10日	
健保　一雄 / 昭 平 令 28年 7月 27日	父	1回目	○○○病院	1,500 円 令和 3年 12月 ~~15日~~	
		2回目	△△△病院	2,000 円 令和 4年 ~~1月~~ 6日	
昭 平 令 年 月 日		1回目		円 令和 年 月 日	
		2回目		円 令和 年 月 日	
昭 平 令 年 月 日		1回目		円 令和 年 月 日	
		2回目		円 令和 年 月 日	
				補助額合計	

接種受診医療機関名を記入して下さい。

医療機関の窓口で実際に支払った金額を記入して下さい。

接種を受けた年月日を記入して下さい。複数回接種しても、補助は上限2000円です。

健保使用欄			
常務理事	事務長	マネジャー	担当者

受付印

ここには何も記入しないで下さい。