

(秘) 特退・任継・退職予定者用 インフルエンザ予防接種 補助金申請書

オムロン健康保険組合 御中 (補助対象者分をまとめて申請してください)
領収書(必ず原本)は裏面にのりづけ(ホッチキス留め不可)

被保険者等の 記号・番号		記号(2桁) 番号		連絡先		(携帯可)	
被保険者 氏 名		自署の場合は押印不要 (印)		区分 ○で囲む		特退 ・任継 ・退職予定者 (3) (1) (1)	
接種者 1	※健保管理No.		生 年 月 日		男・女	本人・家族	続 柄
	氏 名(フリガナ)		S H 年 月 日生 R		男(5) ・ 女(6)	本人 ・ 家族	例 本人、妻、長男
	予 防 接 種 日 R 年 月 日 (2回目:R 年 月 日) ↑ 子供または、医師判断により2回目がある時		予防接種金額(領収書金額) 2回目があるときは合計金額 円		申請額(上限 2,000円) 上限2,000円を超えるときは2,000円と記入 円		
接種者 2	※健保管理No.		生 年 月 日		男・女	本人・家族	続 柄
	氏 名(フリガナ)		S H 年 月 日生 R		男(5) ・ 女(6)	本人 ・ 家族	例 本人、妻、長男
	予 防 接 種 日 R 年 月 日 (2回目:R 年 月 日) ↑ 子供または、医師判断により2回目がある時		予防接種金額(領収書金額) 2回目があるときは合計金額 円		申請額(上限 2,000円) 上限2,000円を超えるときは2,000円と記入 円		
接種者 3	※健保管理No.		生 年 月 日		男・女	本人・家族	続 柄
	氏 名(フリガナ)		S H 年 月 日生 R		男(5) ・ 女(6)	本人 ・ 家族	例 本人、妻、長男
	予 防 接 種 日 R 年 月 日 (2回目:R 年 月 日) ↑ 子供または、医師判断により2回目がある時		予防接種金額(領収書金額) 2回目があるときは合計金額 円		申請額(上限 2,000円) 上限2,000円を超えるときは2,000円と記入 円		
接種者 4	※健保管理No.		生 年 月 日		男・女	本人・家族	続 柄
	氏 名(フリガナ)		S H 年 月 日生 R		男(5) ・ 女(6)	本人 ・ 家族	例 本人、妻、長男
	予 防 接 種 日 R 年 月 日 (2回目:R 年 月 日) ↑ 子供または、医師判断により2回目がある時		予防接種金額(領収書金額) 2回目があるときは合計金額 円		申請額(上限 2,000円) 上限2,000円を超えるときは2,000円と記入 円		
接種者 5	※健保管理No.		生 年 月 日		男・女	本人・家族	続 柄
	氏 名(フリガナ)		S H 年 月 日生 R		男(5) ・ 女(6)	本人 ・ 家族	例 本人、妻、長男
	予 防 接 種 日 R 年 月 日 (2回目:R 年 月 日) ↑ 子供または、医師判断により2回目がある時		予防接種金額(領収書金額) 2回目があるときは合計金額 円		申請額(上限 2,000円) 上限2,000円を超えるときは2,000円と記入 円		
退職予定者記入欄 振込希望銀行 (特退・任継の方記載不要)		振込先金融機関		銀 行 信用金庫		支店	
		口座名義(カタナ)		口座番号		普通 No.	
※健保管理No. は、記載不要					申請額合計(補助対象者全員分)		
申請日:令和 年 月 日					円		

注意

- 1.申請対象者は申請日に当健保の被保険者であること。
- 2.補助対象者は、接種日に当健保の被保険者または被扶養者であること。
- 3.補助は被保険者・被扶養者ともに1回/年度(4月1日～3月31日)です。
- 4.補助額の上限は2,000円です。2,000円未満の場合は実費となります。
- 5.領収書の原本を左側にのりづけしてください。(ホッチキス留め不可)
領収書には、接種者名(フルネーム)、接種年月日、支払った接種費用額、「インフルエンザ
予防接種」と記されていること、医療機関名と医療機関印があることが必須です。
- 6.提出された申請書および領収書の原本は返却できません。
(インフルエンザ予防接種代は、所得税の医療費控除対象外です。)
- 7.被保険者・被扶養者の予防接種日がバラバラの場合は、補助対象者全員分の予防接種が
終わってからまとめて申請してください。
- 8.子どもやお年寄りでも2回に分けて接種した場合は、2回分まとめて申請してください。
別々で申請された場合は、2度目の提出分が不支給となります。
- 9.申請用紙1枚で足りない場合は2枚目を作成してください。
但し、1枚目・2枚目を同時に申請してください。
- 10.接種日には被保険者であっても、接種後半年以内に退職予定の方は振込希望銀行を記載ください。
- 11.申請後実際に補助が支給されるまで、事務処理の都合上3～4か月かかります。ご了承ください。
- 12.支給については、支給月に紙の『給付金のお知らせ』(毎月20日頃着)をお届けします。
また、健康マイポータル内の「医療費のお知らせ」でも確認できます。
◆健康マイポータルについて : <https://www.omron-kenpo.org/health-support/myportal.php>
健康マイポータル ログインURL: <https://omronkenpo.kw21connect.jp/kw21cu/user/login.jsf>
- 13.支給は、被保険者に以下の方法で行います。
任意継続・特例退職の方 : 支給月の最終営業日に当健保から保険料引落口座へ入金
退職予定の方 : 支給月の最終営業日に当健保から申請書に記載された「振込
希望銀行」または現役時の給与振込口座へ入金
- 14.退職予定者は、退職日以前に予防接種を受け、在職中に申請ください。退職日後は申請を受付
できません。また、退職予定者の振込希望銀行は、被保険者の口座をご記入ください。
- 15.市区町村の補助金額を2,000円から控除することはR3年度より廃止しました。

【提出先】

〒600-8530
京都市下京区塩小路通堀川東入
オムロン健康保険組合