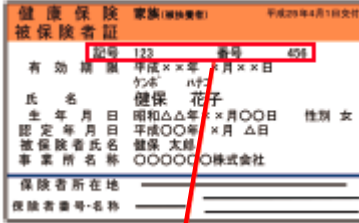


# 記入見本



|      |     |    |    |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 調査 | 担当 |
|      |     |    |    |

## 平成〇年度 費用補助（個人）申請書

（平成〇年 4月 1日～平成△年 3月 31日実施分）

平成 年 月 日

委マテリアル健康保険組合

毎月20日到着分迄（書類不備がない場合）原則翌月5日各事業所宛送金

部分必ずご記入をお願いします

|            |             |               |     |       |                |
|------------|-------------|---------------|-----|-------|----------------|
| 記号         | 番号          | 被保険者名         | 補助額 | 健保負担  | 5,800円①        |
| 1920-〇〇〇〇〇 |             | 健保 太郎 印       |     | 個人負担  | 9,200円②        |
| 外線・内線等連絡先  | 〇〇〇〇-〇〇〇〇   |               |     | 事業主負担 | 円③             |
| 該当（利用）者    | 続柄（本人）      | 氏名 健保 太郎 他 2名 |     | その他負担 | 円④             |
| 生年月日       | 昭・平         | 〇〇年 〇〇月 〇〇日生  |     | 合計    | 15,000円①+②+③+④ |
| 実施（利用）日    | 10月 13日（土）～ | 11月 24日（土）    |     |       |                |

| 種類  | 補助項目（〇印）            | 取扱基準概要・添証類（詳細については保健事業具体的取扱基準参照の事）   |
|-----|---------------------|--|
| 106 | 疾病予防費 予防接種（インフルエンザ） | 被保険者・扶養者を対象にインフルエンザの予防接種費用の一部補助を行う。補助額は、一人年度1回、2,000円を上限に、接種費用の半額を補助する。（1円未満端数は個人負担）<br>※ 添証類：領収証（本紙）<br>数名一括申請の場合、費用補助申請者名簿に必要事項（接種日・接種金額・補助額）を記入のこと。   |
| 106 | 疾病予防 予防接種（麻疹）       | 被保険者を対象に麻疹の予防接種費用の一部補助を行う。補助額は、一人年度1回、2,000円を上限に、接種費用の半額を補助する。（1円未満端数は個人負担）<br>※ 添証類：領収証（本紙）   |
| 096 | 契約保養所 契約保養所利用       | 被保険者・扶養者を対象に、保養を目的とした宿泊を伴う旅行に対し補助を行う。補助額は、一人年度1回、2,000円を上限に、宿泊料金の半額を補助する。（1円未満の端数は個人負担）<br>※ 添証類：宿泊施設の領収書（本紙）及び明細書。<br>旅行代理店などを利用しての宿泊の場合は、領収書の他に、旅行計画書や募集案内など宿泊明細のわかるものを添付のこと。<br>数名一括申請の場合、費用補助申請者名簿に必要事項（宿泊日・宿泊金額・補助額）を記入のこと。 |

注）麻疹の予防接種は被保険者のみが対象となります。

注）在職者は上段へ、退職後任意継続者は下段へ署名・捺印してください

|                       |          |      |         |               |               |
|-----------------------|----------|------|---------|---------------|---------------|
| 上記補助額の受領を右記に委任します。    | 平成 年 月 日 | 被保険者 | 健保 太郎 印 | 事業所名称         | 事業主にて手続きするところ |
| 任意継続者                 | 平成 年 月 日 | 被保険者 | 印       | 代理受領者         | 印             |
| 上記補助額の受領を右記口座に振込願います。 | 平成 年 月 日 | 被保険者 | 印       | ・原則保険料引去口座へ振込 |               |
|                       |          |      |         | ・保険料引去口座が無い場合 | 銀行名 支店名       |
|                       |          |      |         | 普 / 当 番号      | 名義            |

### ※個人情報の取扱い

この申請書に記載並びに添付されたの個人情報は、この補助金の支払業務に使用する他、当健康保険組合が実施する特定健康診査・特定保健指導事業などの疾病予防事業に使用します。

この申請・支払手続きは、事業主を経由して申請、補助金が支払われることに同意されたものとして処理します。

本記入見本は一般的な事例をもとに作成していますので、記入方法に関してご不明な場合は、〔平成24年4月 改定〕事業所ご担当者（任意継続被保険者の方は健保組合まで）へご確認ください。

# 費用補助申請者名簿

三菱マテリアル健康保険組合

| 記号一番号      | 何れか○印          | 氏名    | 1回目接種日<br>宿泊日 | 2回目接種日<br>※2回接種の場合記入 | 接種金額<br>宿泊金額 | 補助額    | 備考 |
|------------|----------------|-------|---------------|----------------------|--------------|--------|----|
| 1920-00000 | 本人 /<br>続柄 ( ) | 健保 太郎 | 26年10月13日     | 年 月 日                | 3,600円       | 1,800円 |    |
|            | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                |              |        |    |
|            | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                |              |        |    |
|            | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                | 円            | 円      |    |
| —          | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                | 円            | 円      |    |
| —          | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                | 円            | 円      |    |
| —          | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                | 円            | 円      |    |
| —          | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                | 円            | 円      |    |
| —          | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                | 円            | 円      |    |
| —          | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                | 円            | 円      |    |
| —          | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                | 円            | 円      |    |
| —          | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                | 円            | 円      |    |
| —          | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                | 円            | 円      |    |
| —          | 本人 /<br>続柄 ( ) |       | 年 月 日         | 年 月 日                | 円            | 円      |    |
| 合計         |                |       |               | 1 名                  | 2,600円       | 1,300円 |    |

註) 補助対象者は本人も含め全員記入して下さい。

[平成24年4月 改訂]