

記入見本

健康保険 東海(単独費) 平成29年4月1日交付
被保険者証

記号 123 番号 456

有効期限 平成××年×月×日
カネ ハナ

氏名 健保 花子
生年月日 昭和△△年×月○日 性別 女
認定年月日 平成○○年×月△日
被保険者氏名 健保 太郎
事業所名称 ○○○○株式会社
保険者所在地 _____
被保険者番号・名称 _____

常務理事	事務長	調査	担当

平成○年度 費用補助（個人）申請書

(平成○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-○○○○○		健保 太郎 (印)		個人負担	9,200円②
外線・内線等連絡先	○○○○-○○○○			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	○○年○○月○○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(○印)	取扱基準概要・添証拠類(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) ※ 添証拠類: 領収証(本紙) 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) ※ 添証拠類: 領収証(本紙)
096	契約保養所 契約保養所利用補助	被保険者・扶養者を対象に、保養を目的とした宿泊を1回、2,000円を上限に、宿泊料金の半額を補助する。 ※ 添証拠類: 宿泊施設の領収書(本紙)及び明細書。 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。 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) 子供など2回接種分の申請をする場合は、費用補助申請を1枚にまとめて下さい。(名簿記入例参照)

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 代理受領者 _____ 印
任意継続者 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 宿泊日	2回目接種日 ※2回接種の場合記入	接種金額 宿泊金額	補助額	備考
1920-00000	本人 / 続柄 ()	健保 太郎	26年10月13日	年 月 日	3,600円	1,800円	
1920-00000	本人 / 続柄 (妻)	健保 花子	26年11月10日	年 月 日	4,200円	2,000円	
1920-00000	本人 / 続柄 (長男)	健保 二郎	26年10月13日	26年11月24日	7,200円	2,000円	
	本人 / 続柄 ()		年 月 日	年 月 日	円	円	
—	本人 / 続柄 ()		年 月 日	年 月 日	円	円	
—	本人 / 続柄 ()		年 月 日	年 月 日	円	円	
—	本人 / 続柄 ()		年 月 日	年 月 日	円	円	
—	本人 / 続柄 ()		年 月 日	年 月 日	円	円	
—	本人 / 続柄 ()		年 月 日	年 月 日	円	円	
—	本人 / 続柄 ()		年 月 日	年 月 日	円	円	
—	本人 / 続柄 ()		年 月 日	年 月 日	円	円	
—	本人 / 続柄 ()		年 月 日	年 月 日	円	円	
—	本人 / 続柄 ()		年 月 日	年 月 日	円	円	
—	本人 / 続柄 ()		年 月 日	年 月 日	円	円	
—	本人 / 続柄 ()		年 月 日	年 月 日	円	円	
合計				3名	15,000円	5,800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]