

■事務担当者様へのお願い■

東振協インフルエンザ予防接種事業を利用したのち、当組合へ補助金を請求し、重複して補助を受けてしまうケースが多くみられます。

東振協インフルエンザ予防接種事業を利用してインフルエンザ予防接種を受けた方は、窓口ですでに当組合の補助額1,500円が差し引かれているため、補助金の請求はできません。

■事業所で取りまとめて補助金を請求する場合

取りまとめの前に、東振協の利用券を使用した接種費用については補助金請求できない旨をご周知ください。

■東振協の出張接種を利用する場合

出張接種を利用した方が、東振協の補助を利用していることを知らずに当組合に補助金を請求し、重複して補助を受けてしまうことがあります。

「補助を利用すること」「その場合補助金の請求はできないこと」を従業員の皆さんに必ずお伝えください。

東振協の利用券を使用した接種費用について補助金請求があった場合には、東振協の事務手数料を含む補助額を請求させていただきます。

インフルエンザ予防接種補助金請求書

請求書送付先：〒110
|
0015

東京都台東区東上野1丁目27番2号

東薬健保健康開発センター

インフルエンザ補助金係

保険証記号					
事業所名称					
請求者名 (事業主名または届出ている代理人)					
振込通知書送付先	※健保組合に届出ている送付先住所・宛名と異なる場合のみご記入ください (宛名)				
担当者名・連絡先	担当者名： TEL ()				
接種した人数	人				

必ず事業所代表者公印または社印を押印してください

■振込先金融機関… 店名・店番号は銀行の統廃合により変更されている場合がありますので事前にご確認ください。
店名と店番号が不一致および未記入の場合は補助金のお振込ができませんのでご注意ください。

金融機関	銀行コード					支店	店番号				種目	普通
						銀行・農協 信金・信組					本店 支店	当座
口座番号							口座名義 必ずカタカナで ご記入ください					

■委任状… 請求者と振込先の口座名義人が異なる場合は必ず記入してください。

本請求に基づく疾病予防事業補助金に関する受領を下記の代理人に委任します。	
請求者	事業所名： 令和 年 月 日 請求者氏名： (印)
代理人	事業所名： 代理人氏名：

■ご注意ください■ 対象接種期間：令和2年9月1日～令和3年2月28日
(補助金請求期限：令和3年3月10日必着)

- 東振協予防接種事業を利用した接種費用に対し、補助金の請求があった場合、東振協の事務手数料を含む補助額を請求します。
- 保険証記号が異なる接種者がある場合は、記号ごとに請求書を分けてください。
混在した請求書・連名簿は返戻させていただくことがあります。
- 不足書類のないよう必ずまとめて送付してください。(請求書・連名簿・領収書(貼付用紙にのり付け)を1セット)
領収書の原本は返却できませんので、ご請求の際は再度ご確認のうえご提出ください。
- 請求期限が近づくと申請が集中します。速やかなお支払いができるよう、月ごとや支店ごとに分けていただき、
早めの請求にご協力ください。
- 請求書記載内容に不備がある場合は返戻させていただくことがあります。
- 補助金の支給対象となる接種方法は「注射」のみとなります。

詳細は裏面の「請求上の注意」をご覧ください

請求上の注意

【事業所用】

インフルエンザ予防接種 補助金請求書について	東振協インフルエンザ予防接種事業を利用せずに受けた接種費用について、事業所が取りまとめて補助金を請求する際に使用します。
補助金対象となる 予防接種期間	令和2年9月1日（火）～令和3年2月28日（日）
補助の対象者	接種の日に <u>東京葉業健康保険組合</u> の被保険者及び被扶養者の資格がある方。 <u>※当組合の異なる保険証記号をお持ちの方や、任意継続被保険者・特例退職被保険者の方については個別のご請求が必要となります。</u>
補助金限度額	1人あたり 1,500円 当該年度の接種期間内 1回限り ※医師の判断等で2回接種される場合は、1回目か2回目のいずれかの接種分のみ請求することができます（合算しての請求はできません）。 ※支払った額が補助金限度額に満たない場合は実費分のみのお支払いとなります。また、他の制度（市区町村の支援券等）により補助を受けることができる場合は、その補助制度が優先となります。
請求方法 【事業所用】	次の①～③を揃えて下記請求先に郵送にてご提出ください。 ※保険証記号が異なる接種者がいる場合は、記号ごとに請求書を分けてください。 ① インフルエンザ予防接種補助金請求書（事業所用） ② インフルエンザ予防接種代と記載されている領収書のコピー ※接種済証では代用できません。 領収書は所定の貼付用紙に貼付してください。 ③ 連名簿 ※ホームページにエクセル版連名簿を掲載しておりますのでご利用ください。
請求書の書き方	別紙「事業所用 インフルエンザ予防接種補助金請求書の記入例」を参照。 ※請求者（事業所名・請求者名）と口座名義が完全に一致していない場合は委任状欄の記入が必要になります。
請求先（郵送先）	〒110-0015 東京都台東区東上野1-27-2 <u>東葉健保健康開発センター インフルエンザ補助金係</u> ※インフルエンザ予防接種補助金請求に必要な書類以外は同封しないでください。
請求期限	令和3年3月10日（水） 必着 ※請求期限を過ぎたものにつきましては、補助金をお支払いすることができない場合がございますので、あらかじめご了承ください。 ※請求期日間近は申請が集中します。速やかなお支払いができるよう、月ごとや支店ごとに分けていただき、早めの請求にご協力ください。
問合せ先	東葉健保健康開発センター 予防課 ☎ 03（3833）3272

個人情報の取り扱いについて

当請求書にご記入いただく皆様の個人情報は、この補助金をお支払いする目的のために使用し他の目的には一切使用いたしません。

連 名 簿

組合記入欄

保 険 証 記 号

※保険証記号が異なる接種者がある場合は、
記号ごとに請求書を分けてください。

事 業 所 名 称

↓ 連名簿のページ数を記入

/

ページ

●すべての項目について必ずご記入ください。

※連名簿の記入順に領収書を貼付し、領収書には連名簿の「ページ数」－「通番」をご記入いただくようご協力をお願いします。

通番	保 険 証 番 号	氏 名	種別 どちらか○で囲む	性別 どちらか○で囲む	生 年 月 日	接 種 し た 日	支 払 っ た 費 用
1			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
2			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
3			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
4			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
5			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
6			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
7			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
8			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
9			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
10			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
11			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
12			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
13			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
14			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
15			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
16			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
17			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
18			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
19			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
20			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
21			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
22			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
23			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
24			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
25			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
接種した方の合計人数		人					

総 計 接種した人数 人

接種日当日に当組合の資格があるかご確認ください。

領 収 書 貼 付 用 紙

※領収書のコピーは重ならないよう貼付し、領収書の枚数に応じて貼付用紙はコピーしてお使いください。
※インフルエンザ予防接種済証は領収書の代わりにはなりません。

の

り

し

ろ

【インフルエンザ予防接種補助金請求書用】

領収書コピーを貼付してください。

※領収書原本はセルフメディケーション税制の適用を受ける際に必要となる

場合がありますが、こちらに貼ってしまうとお返しすることができません。

必ずコピーを貼付願います。

※インフルエンザ予防接種の領収書以外は貼付しないようにしてください。

～送付の前にご確認ください～

- ☐ 領収書に接種日・費用・領収印はありますか
 - ☐ 領収書に「インフルエンザ予防接種代」と記載されていますか
- 記載がない場合は、医療機関で追記してもらうか、インフルエンザの予防接種であることがわかるもの（領収明細書、接種済証、母子手帳のコピーなど）を領収書と一緒に貼り付けてください。

※必ず「のりしろ」上にのり付けし、はがれないようにお願いいたします。