

インフルエンザ予防接種補助金申請書

事前に必ずご確認ください

1. アクサ健保の被保険者(本人)を対象に、1,000円を上限として補助します。
但し、接種時および補助金支払時に組合に在籍の方に限ります。被扶養者(家族)は対象外。
(医師の判断で2回接種される場合でも、補助対象は1回に限ります。)
2. 申請書にご記入後、領収書をホッチキス留めにて添付のうえ、健康保険組合までご提出ください。
3. 接種期間:10月1日～翌年2月末日、申請書締切:3月20日アクサ生命健保必着
【申請書送付先】社内便または郵便にて送付ください。
健康ポータルサイトPep UpからWEB申請の場合は領収書などの郵送は不要ですのでご利用ください。
〒108-8020 東京都港区白金1-17-3 NBFプラチナタワー アクサ生命健康保険組合 インフルエンザ係宛
3. 原則、領収書のご返送は致しません(予防接種は医療費控除の対象外)。
4. 領収書には、必ず次の5項目をご記入いただいでください。不明な場合、補助金の支払が出来ません。
【1】接種者氏名 【2】受診内容(インフルエンザ予防接種と明記) 【3】医療機関名 【4】接種年月日 【5】金額
5. 受理月の翌月の給与でお支払いします。
給与支払時に在籍していなかった場合、申請は無効になります。

申請日: 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄 (記 入 も れ の な い よ う ご 注 意 く だ さ い)	社員番号		所属		
	被保険者証の 記号・番号	—	フリガナ		性別
	会社電話番号		氏 名		() 男
	日中連絡先				() 女
	予防接種日	年 月 日	接種費用		円
	委任状	アクサ生命健康保険組合理事長 殿 私は事業主(※)を代理人と定め、インフルエンザ予防接種補助金を受領することを委任します。 ※アクサ生命社員の場合「アクサ生命保険株式会社」、アクサダイレクト生命社員の場合「アクサダイレクト生命保険株式会社」 年 月 日 被保険者名			

以下は健保組合使用欄になりますので、記入は不要です。

常務理事	事務長	検算	係	健保補助金額: 円
				支払予定日: 年 月 日

受付印