

インフルエンザ予防接種補助金申請書

<予防接種後、速やかに提出願います>

事業所名 (レ点)	<input type="checkbox"/> ホールディングス <input type="checkbox"/> ポーラ <input type="checkbox"/> ポーラ流通センター <input type="checkbox"/> リアルエステート <input type="checkbox"/> ポーラ化成 <input type="checkbox"/> オルビス <input type="checkbox"/> ACRO <input type="checkbox"/> ジュリーク・ジ・ジャパン <input type="checkbox"/> DECENCIA		
所属部署名			
従業員番号			
被保険者 記号・番号	—	被保険者名	
接種者氏名 (当健保加入員)			
令和3年2月以前に退職予定の方 ・今回補助金は原則として全員「令和3年2月の給与」に加算して支給する予定です。 ・この申請書を提出後、ご退職された方につきましても在職時の給与口座に、令和3年2月末日迄に健保より直接補助金を振り込ませていただきますが、退職後にその口座が利用できないご事情のある方のみ、別の振込み口座と退職予定年月を記入して下さい。 ・退職後の在職時給与口座・本人申請振込み口座どちらもエラーが発生した場合は、補助金の支払いができない場合があります。			
退職予定年月 : ()年 ()月			
振込先 (被保険者名義)	銀行 信用金庫		本店 支店
	普通	口座 番号	口座名義(カタカナ)
領収証 (原本) 全員分添付 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><補助金申請書提出前に、ご確認下さい></p> <p>※領収書の日付・医療機関名・氏名・金額の記載を確認して下さい。</p> <p>※領収日付は令和2年10月1日～12月31日が有効です。</p> <p>※補助金額は被保険者・被扶養者共に複数回接種しても合算で1人3,000円です。</p> <p>※補助金は1人1回を限度とします。</p> <p>※接種費用が3,000円未満の場合は実費補助とします。</p> </div>			

※補助金申請書は、事業所人事総務（健保担当宛）或いは出向先事業所人事総務（健保担当宛）に提出するか、直接社内便で健保組合宛に送付してもかまいません。

※申請書提出期限は、令和3年1月7日（木）健保必着でお願いします。

※事業所の締切日は、健保の締切日前に設定して下さい。