

(任意継続被保険者用)

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合 宛

令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種補助金申請書

<予防接種後、速やかに健保組合へ提出願います>

被保険者 記号・番号	200-	被保険者名	(印)
接種者氏名 (当健保加入員)			
お振込先 (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

<補助金申請書提出前に、ご確認下さい>

※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。

※領収日付は令和2年10月1日~12月31日が有効です。

※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。

※補助金は1人1回を限度とします。

※接種費用が3,000円未満の場合は実費補助とします。

※任意継続被保険者の補助金申請書送料は、ご本人負担となりますのでご了承願います。

※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。