

「インフルエンザ予防接種」補助金請求書 (A)

下記のとおり、インフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を請求します。

【請求する方（被保険者ご本人に限ります）】

請求日 平成 年 月 日

被保険者証の記号・番号				派遣会社名			
-							
被保険者のお名前				ご住所			
フリガナ				〒 -			
⑨				日中の連絡先（必須）			
生年月日（西暦）				携帯電話番号など TEL ()			
19 年 月 日				接種した日（西暦）			
性別（番号に○）				ご家族の接種日がそれぞれ異なる場合は、一番最初の接種日を記入して下さい。			
1. 男性 2. 女性				200 年 月 日			
補助金の振込口座は、被保険者ご本人の名義の銀行口座（種目：普通）となります。				口座名義（必須）		カタカナ	
銀行コード	銀行名	支店コード	支店名	口座番号（右詰）			

支店名・支店コードは銀行の統廃合により変更されている場合があります。記入前に必ず確認してください。

支店名と支店コードが不一致および未記入の場合は、補助金のお振込が遅れる場合がございます。

※補助金の振込は、この請求書を組合が受付した日の翌月末日頃となりますので通帳にて確認願います。

【接種した方】 補助の対象となる方は、接種の日に当組合の被保険者・被扶養者の資格がある方です。

資格	氏名・生年月日	接種した医療機関名		補助請求額
		接種した日	支払った費用	
被保険者	/	200 年 月 日	円	2,000 円限度 円
被扶養者①	西暦 年 月 日	200 年 月 日	円	2,000 円限度 円
被扶養者②	西暦 年 月 日	200 年 月 日	円	2,000 円限度 円
被扶養者③	西暦 年 月 日	200 年 月 日	円	2,000 円限度 円
被扶養者④	西暦 年 月 日	200 年 月 日	円	2,000 円限度 円
被扶養者⑤	西暦 年 月 日	200 年 月 日	円	2,000 円限度 円
接種した方の合計人数	____人	支払った費用の合計		補助請求額の合計
		_____円		_____円

「領収証」は裏面へ貼り付け（ノリ付け）してください。

【 請求上の注意 】

接種する期間	今回、補助の対象となるのは平成 20 年 10 月から平成 21 年 2 月までの間に接種したインフルエンザ予防接種の費用に対して、となります。
--------	--

補助の対象者	接種の日に当組合の被保険者（ご本人）および被扶養者（ご家族の方で、当組合の保険証をお持ちの方）の資格がある方です。
--------	---

請求の回数	請求は、接種されるご家族すべての接種が済んでから、まとめて請求してください。（請求は 1 回しかできません。）
-------	---

2 回接種された方の場合	医師の判断により 2 回接種された場合、2 回分まとめてご記入ください。	
	記入方法	接種した日
		支払った費用
		1 回目の接種日を記入してください。
		2 回分の合計金額を記入してください。
1 回分の費用が 2,000 円以上の場合は、1 回分の記入だけがかまいません。（領収証も 1 回分のみ貼付）		

支払った費用と補助請求額	ご家族お一人ずつの支払った費用と補助請求額も記入してください。
	補助請求額は、お一人当たり 2,000 円が上限です。ただし、支払った費用の範囲内となります。例：支払った費用が 1,500 円の場合、1,500 円が補助請求額となります。

請求先と受付締切日	〒134-8788 葛西支店私書箱第 12 号 「人材派遣健康保険組合」インフルエンザ 2008 受付係 あてに、「請求書（裏面に領収証貼付）」を郵送してください。
	申請の到着確認はいたしかねます。郵送事故防止のためにも配達記録での郵送をおすすめいたします。（郵送料はご自身でご負担ください。）
	請求書の受付締切日：平成 21 年 3 月 16 日（必着）

領収証（原本）の貼付 （必須） 接種済証は領収証ではありません。	「請求書」の裏面に貼付（ノリ付け）してください （領収証には以下の記載が必要です。）
	いつ : 年月日 どこ : 医療機関名 誰が : 接種を受けた本人の氏名 何を : インフルエンザ予防接種 接種費用 : 単価（円）
	複数の方が接種された場合は、領収証の余白にその内訳（接種を受けられた方の氏名とその接種費用金額）を記入してください。 領収証は原則返却できません。またインフルエンザ予防接種の費用は通常、医療費控除の対象とはなりません。

「インフルエンザ予防接種」補助金請求書（A）に記入いただく個人情報の取扱いについて 請求書に記入いただく皆様の個人情報は、以下の通り取扱いをいたします。
1. 皆様の個人情報は、この補助金を支給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。
2. 当請求書を当組合へ送付するか否かは、皆様の任意で決定してください。但し当請求書を送付されなかった場合および必要事項を記入いただかなかった場合は、補助金の支給はいたしかねますので、予めご了承ください。
3. 当組合は、この補助金を支給するため、個人情報の取扱いに関する契約を締結した上で、代行業者「（株）アテナ」に皆様の個人情報を預託します。
4. 皆様は、当組合に対しいつでも、当組合が有している皆様の個人情報を開示するよう求めることが出来ます。
5. 前項の開示の結果、皆様の個人情報に誤りがある場合は、当組合に対し訂正・削除を要求することが出来ます。
6. 前 2 項の開示、訂正また削除を要求される場合は、次項の個人情報に関する相談窓口までご連絡ください。
7. 人材派遣健康保険組合 個人情報保護管理者：濱野伸一