

インフルエンザワクチン接種 費用補助申請書

事業所名		部署No. (BS本体所属のみ)	
保険証記号番号	記号	番号	
被保険者名		連絡先	E-MAIL: TEL: - -

区分	接種者氏名	続柄	領収書金額 ①	2回接種の場合 <input type="checkbox"/> にチェック	自己負担額 ②	費用補助申請額 ①-② (1回接種:1,500円限度) (2回接種:2,500円限度)
被保険者		本人	円	<input type="checkbox"/> 2回接種	2,500円 4,000円	円
被扶養者			円	<input type="checkbox"/> 2回接種	2,500円 4,000円	円
被扶養者			円	<input type="checkbox"/> 2回接種	2,500円 4,000円	円
被扶養者			円	<input type="checkbox"/> 2回接種	2,500円 4,000円	円
被扶養者			円	<input type="checkbox"/> 2回接種	2,500円 4,000円	円
被扶養者			円	<input type="checkbox"/> 2回接種	2,500円 4,000円	円
ワクチン接種費用補助申請 合計額						円

<注意事項：必ずお読み下さい>

対象者	ブリヂストン健康保険組合の被保険者及び被扶養者 家族であっても、被扶養者でない場合は申請できません。
補助金額	・ 領収書金額①から、自己負担額②を引いた金額の差額が補助金額になりますが、上限があります。 1回接種の場合は1,500円、2回接種の場合は2,500円を限度に費用補助します。 2回接種の場合は、 <input type="checkbox"/> 2回接種にチェックしてください。 ・ 申請額が補助限度額未満の場合はその金額を記入し、限度額を超える場合は限度額を記入ください。
振込	被保険者給与口座に振り込み ※補助金額は、振り込みをもって通知にかえさせていただきます。
申請の単位	世帯で1枚の申請書にまとめて申請ください。(枠が足りない場合は申請書を2枚合わせて提出) 世帯内でそれぞれが被保険者の場合は、世帯1枚ではなく被保険者毎に申請願います。
最終納期	2024年1月19日(金) 健康保険組合(1930A) インフルエンザ担当者 必着 (以降の申請は受付不可) ただし、 ㈱ブリヂストン本社以外 は事業所ごとに取りまとめる都合上、1/19(金)より早まります。 (詳しくは各事業所の担当者にお問い合わせください) 補助対象の接種期間は、 2023年9月～2023年12月31日(接種当日に資格があること) です。 2024年1月1日以降の接種分は補助できませんのでご注意ください(2回接種も同様)。
提出先	各事業所の担当者に提出 ※㈱ブリヂストン本社(支店含む)・任継者は健康保険組合へ直接提出
領収書	領収書は 原本を提出 ください。(レシート、コピーは不可。医療機関の 領収印が必要 です) 原則、「インフルエンザワクチン接種代」の項目記載がない領収書(金額のみの記載等)は認められません。 医療機関に、「 インフルエンザワクチン接種代 」の項目記載を依頼ください。 複数人数で会計をまとめられた場合は、誰の接種分かわかるように、 接種者氏名を記入 ください。
領収書の添付	途中紛失のないよう申請書裏面に貼付ください。サイズが大きい場合はホチキス留めでも構いません。