

新型コロナワクチン接種補助について

当健康保険組合では下記の通り補助をおこなっておりますのでどうぞご利用ください。

●補助対象者

当健康保険組合に加入する被保険者および被扶養者

※ 任意継続被保険者および任意継続被扶養者を含む

●補助金額

年度で1人につき1回、**10,000円を上限**に補助します。**(公費助成優先)**

※ 10,000円未満の場合は実費額

●申請方法

「新型コロナワクチン接種補助金申請書」に必要事項をご記入の上、**領収証(コピーは不可)**を申請書下段の領収書貼付欄にのり付けし、健康保険組合までご提出ください。後日、補助金を給与口座（任意継続者は登録口座）に振り込みます。

(社員の方へ申請書提出時のお願い)

健康保険組合は本店内にありますので必ず社内便をご利用ください。

【宛先：本店 健康保険組合】

※ お住まいの市区町村が公費助成を行っている場合

まず、公費助成を受けてください。差額の自己負担分に対して上記の範囲内で補助します。医療機関で一旦費用の全額を支払い、後日、市区町村に公費助成申請を行う方式をとられている場合は、公費助成申請終了後、公費助成申請書など助成金額がわかる書類（コピー可）、領収証（コピー可）および「新型コロナワクチン接種補助金申請書」を当健康保険組合までご提出ください。

※注意

領収証については下記の通り医療機関にご依頼ください。

① 宛名には接種された方の氏名が分かるように記載してもらってください。

※ 必ず個人名を記載（会社名・健保名は不可）

② 「新型コロナワクチン接種分」と記載してもらってください。

※ 領収証に記載が無く、別紙明細書等に記載がある場合は領収証と明細書を併せて提出してください。
(明細書のみは不可)

申請日（西暦） 年 月 日

小野薬品健康保険組合理事長 殿

新型コロナワクチン接種補助金申請書

以下の通り「新型コロナワクチン接種補助金」を申請します。

申請者（被保険者）

保険証の記号	保険証の番号 (4ケタの番号)	社員番号 (5ケタの番号)	所 属			
		※任意継続者は記入不要	※任意継続者は記入不要			
氏 名	(フリガナ)	性別	男	生年 月日	西暦	年 月 日
			女			
住 所	(住民票のある住所を記載してください) ※自治体の公費助成の確認のため	都 道 市 区 府 県 町 村				

予防接種を受けられた方

氏 名	年齢	続柄	接種日	接種料金	公費助成
			年 月 日	円	あり なし
			年 月 日	円	あり なし
			年 月 日	円	あり なし
			年 月 日	円	あり なし
			年 月 日	円	あり なし
合計金額				円	

(健康保険組合使用欄)

支給決定額	円
-------	---

(領収証貼付欄)

●領収証を貼付前に必ずご確認ください。

下記①～②の記載が無い場合は、医療機関で必ず記載してもらってください。

- ① 「接種された方の氏名」が記載されている。
※必ず個人名を記載（会社名・健保名は不可）
- ② 「新型コロナワクチン接種分」の記載がされている。
※明細書に記載がある場合は、明細書を領収書に添付してください。（明細書のみは不可）

受 付 印

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者