

インフルエンザ予防接種補助を行います!!

補助対象者

三協・立山健康保険組合の被保険者（本人のみ）

補助額

接種費用の本人負担1,000円を超えた分（1回分の接種のみ）

補助対象期間

平成30年1月5日までの接種

接種は

ご希望の医療機関で接種して、
窓口で全額を支払い、接種者の氏名が記載されている領収証
(レシート不可)を受け取る

申請方法

「インフルエンザ予防接種補助申請書」に
「領収証（原紙）」※コピー不可を添付し
「三協・立山健康保険組合」へ提出する
➤ 個人で健保組合へ送付または持参ください※様式A
➤ 三協化成、三協興産、三協設備サービス、三協インシュアランスサービス、三協アドサービス、協立アルミは、事業所で取りまとめて送付または持参ください
※様式B

支払い方法

補助額（接種費用の本人負担1,000円を超えた分）を支払う
➤ 三協立山、ST物流サービス、サンクリエイトは2月度の給与に入れる
➤ 上記以外の事業所は、事業所経由で支払う

様式—A

三協・立山健康保険組合宛

申請期限/平成30年1月5日(金)

インフルエンザ予防接種 補助申請書

事業所名	被保険者氏名
	(印)
保険証の記号・番号	接種した医療機関名

※領収証(原紙※コピー不可)を添付してください

事業所で取りまとめて申請する場合

三協・立山健康保険組合宛

申請期限/平成30年1月5日(金)

インフルエンザ予防接種 補助申請書

事業所名		取りまとめ担当者氏名			
		印			
振込み金融機関		口座番号			
[][][][][][][][]		(普通・当座) [][][][][][][][]			
銀行		口座名義人(カタカナで記入)			
支店					

保険証の記号・番号	受診者氏名	領収証整理No.	接種した医療機関名

※領収証(原紙※コピー不可)を添付してください
※領収証の余白に整理No.を書き込んでください