

マーキュリー 健康保険組合

被扶養者
の方向け

-令和5年度- インフルエンザ予防接種 補助金支給のご案内

① 補助条件

インフルエンザ接種時点で被扶養者であること

令和5年4月1日～令和6年1月末日までの接種であること

② 補助金額

上限3,000円の補助
予防接種費用が3,000円未満の場合には実費を補助

③ 申請方法

〈1〉領収書原本

(宛名は接種当人名・接種日・接種代金・医療機関名・領収印・インフルエンザ接種と明記されている事)

※領収書は世帯単位ではなく、個人ごとに添付してください。お子様などで1人の方が2回に分けて接種する場合は、2回分の領収書を一緒に提出してください。別々で申請された場合は、後から申請された分は不支給になります。

※領収書が手元がない場合は、マーキュリー健康保険組合までお問い合わせください。

〈2〉インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

〈3〉健康保険証の写し(接種当人分)

〈1〉～〈3〉を提出先へ提出してください。

令和6年2月15日必着。申請期限後に当組合に到着した申請書類につきましては、補助金のお支払いをいたしません。

④ 提出先

〒169-0073
東京都新宿区百人町1-22-17
新宿リサーチパークビル

マーキュリー健康保険組合 宛

注意事項

- ※ 被保険者名義の口座に振込いたします。
- ※ 自治体の助成の利用が優先です
- ※ 自治体の助成がある場合は、助成額を除いた自己負担額(上限3,000円)が対象となります。自治体からの助成額を確認できる書類の提出をお願いします。

【問い合わせ先】

マーキュリー健康保険組合

TEL : 03-6908-5426 MAIL : toiawase@mercury-kenpo.or.jp

★インフルエンザ予防接種補助金支給申請書（被扶養者用）の他に
①領収証（書）の原本 ②接種本人の被健康保険証の写しを添付してください。
記入の前に、留意事項を必ずご確認ください。

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書（被扶養者用）

★書類送付先

郵送：〒169-0073 東京都新宿区百人町1-22-17 新宿リサーチパークビル
マーキュリー健康保険組合 宛

申請者（本人） 記入部分	提出日	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 太枠内にもれなく記入してください		
	被保険者証		被保険者 氏名		電話番号 (日中の連絡先)	
	記号	番号				
					印 自署の場合は押印を省略できます。	
	接種者（被扶養者）氏名		接種金額	振込先指定口座		
	1	フリガナ	円	金融機関 名称	銀行 金庫 本店 本店 信組 農協 出張所 漁協 その他 本所 支所 ()	
	2	フリガナ	円	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座 番号 左つめてご記入ください。
	3	フリガナ	円	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点()半濁点()は1字としてご記入ください。)	

↓チェックボックスにシ点チェックをお願いいたします。

個人情報の取扱に同意します。※個人情報の取扱についてはホームページ等に記載しています。

令和 年 月 日

上記の通り実施しましたので、補助金を申請いたします。

被保険者名

マーキュリー健康保険組合 殿

- 注）
- 補助対象者は、インフルエンザ接種時点で被扶養者であること。
 - 該当接種期間は、令和5年4月1日～令和6年1月末日とします。
 - 補助額は上限3,000円/人を限度とします。予防接種費用が3,000円未満の場合には実費を補助します。
 - 領収書は世帯単位ではなく、個人ごとに添付してください。
お子様などで1人の方が2回に分けて接種する場合は、2回分の領収書を一緒に提出してください。
別々に申請された場合は、後から申請された分は不支給になります。
 - 自治体の助成の利用が優先です。自治体の助成がある場合は、助成額を除いた自己負担（上限3,000円）が対象になります。
自治体からの助成額を確認できる書類の提出をお願いします。
 - 振込に関しては、被保険者の口座に振り込みます。
 - 個人情報の保護に関する取扱について
申請書記入の個人情報は、本申請に関してのみ使用され、他に利用されることはありません。

★提出前に記載内容、領収証（書）および被健康保険証の写しの必要項目を再度ご確認ください。

①領収証（書）に以下の項目がありますか？

(□にチェックを入れてご確認の上、ない場合は医療機関に記載を依頼して下さい)

- 接種者氏名 接種日 接種代金 インフルエンザ代としての但し書き
 医療機関名 医療機関の領収印

※領収証（書）にインフルエンザ代と記載がない場合、診療明細書、予防接種済証等のコピーを添付して下さい。
領収証（書）が手元にない場合は、マーキュリー健康保険組合までお問い合わせください。

②被健康保険証の写しは接種者(被扶養者)本人のものですか？ 確認した

受付印

健保 記入 欄	マーキュリー健康保険組合			
	支給金額	常務理事	事務長	担当