

## インフルエンザ予防接種補助申請書

### ▼申請者の情報

コード/所属団体名称	7143 メイテック健康保険組合
住所	
フリガナ	
氏名	

申請日	年	月	日
保険証記号	/		左詰で記入
保険証番号	/		左詰で記入
生年月日(西暦)	年	月	日
日中連絡先	-		
連絡可能時間帯	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> いつでも可

申請者 捺印	印
-----------	---

### 注意事項

補助対象:インフルエンザ  
 補助額:年度内1回 上限2,000円  
 申請書受付期限:2024年2月29日必着  
 接種対象者:一般被保険者、一般被扶養者、任意継続被保険者、任意継続被扶養者  
 ※ご家族であっても健康保険組合の被扶養者でない方は対象外です。

### ▼補助金申請対象者の情報

※注)ご家族の分を1回にまとめて申請してください。

接種者氏名	続柄	予防接種名/接種日(西暦)	費用(税込)
フリガナ 姓 名		接種名 インフルエンザ 年 月 日	円
フリガナ 姓 名		接種名 インフルエンザ 年 月 日	円
フリガナ 姓 名		接種名 インフルエンザ 年 月 日	円
フリガナ 姓 名		接種名 インフルエンザ 年 月 日	円
フリガナ 姓 名		接種名 インフルエンザ 年 月 日	円

### ▼振込先情報

※注意)振込口座は被保険者(社員)名義の口座(被扶養者名義の口座は不可)  
 ※注意)振込先は下記のどちらかを選択記入下さい。

金融機関名	フリガナ 名称	口座種別/番号 (7桁の番号)	普通							
支店名	フリガナ 名称	支店コード (3桁の番号)	口座名義名カナ							

ゆうちょ銀行	ユウちょギンコウ ゆうちょ銀行	口座種別/番号 (8桁の番号)	普通							
支店記号 (5桁の番号)			口座名義名カナ							

### 株式会社イーウェルにおける個人情報の取り扱いについて

手続きに際しご記入いただきました個人情報及び所属団体より受領したE-mailアドレスは、ご加入の健康保険組合の指示のもと、補助金申請の審査にのみ利用いたします。ここで取得した個人情報は、株式会社イーウェルホームページの「個人情報の取り扱いについて」(<https://www.ewel.co.jp/privacy-policy/>)のほか、下記のとおり取り扱いますので、ご同意のうえ、ご送付ください。  
 <予防接種補助金申請における個人情報の取扱い>  
 ① 株式会社イーウェルは、当該個人情報を保持管理致します。  
 ② 株式会社イーウェルから、当該個人情報を申請者様の所属団体に提供致します。

個人情報に関する苦情・ご相談は、株式会社イーウェル個人情報お問合せ窓口(E-mail: [privacy@ewel.co.jp](mailto:privacy@ewel.co.jp))までお願い致します。

領収証はこちらに貼付してください  
(領収証は返却いたしかねますので予めご了承ください)

領収証の必須項目をご確認ください。

【領収証必須項目】

- ①接種者の個人名(フルネーム)
- ②接種年月日
- ③医療機関の住所・名称・領収印
- ④接種費用
- ⑤予防接種代を示す記載 ※複数名で接種の申請を行う場合、明細添付もしくは但書に明細ごとの費用を記載ください。

領収証		② 20〇〇年〇月〇日
① イーウェル 花子 様	④ ¥ 5,500	但書に【接種した予防接種名】の記載は必須です。
⑤ 但 インフルエンザ予防接種代として 上記正に領収いたしました		
領収証例		③ 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 イーウェル医院 印 医院長 イーウェル 太郎

領収証		② 20〇〇年〇月〇日
① イーウェル 花子 様	④ ¥ 11,000	複数名接種の場合 但書に【接種した予防接種名】の記載は必須です。
⑤ 但 インフルエンザ予防接種代(2名分)として 上記正に領収いたしました		
領収証例		③ 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 イーウェル医院 印 医院長 イーウェル 太郎

申請書送付先

〒699-0203 島根県松江市玉湯町布志名767番31  
株式会社イーウェル 健診事務センター 予防接種担当 宛  
※「予防接種補助金 申請書在中」と記載してください。

問合せ先

株式会社イーウェル 健診事務センター  
TEL:0570-057-054 左記番号をご利用いただけない場合は050-3850-5769 をご利用ください  
(受付時間 9:30~17:30 休業日 土・日・祝日・12/29~1/4)