

インフルエンザ予防接種 健康ポイント付与申請書

PHC健康保険組合理事長 殿

【提出期限】
当該年度末(3/31) 委託先窓口必着

概要・注意事項を理解した上で、今年度のインフルエンザ予防接種に係る健康ポイントの付与を申請します。

記入日 年 月 日

被保険者証の記号・番号	記号	番号
被保険者氏名	電話: ()	
被保険者住所	〒 -	

申請事項記入欄 (1人で2回接種した場合は、ポイント付与申請をする回の内容を記入してください)

No.	予防接種者の氏名	続柄	接種した日	接種費用	領収書チェック
1		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 必須記載事項(①～⑤)の全てを満たす領収書を添付しましたか。
2		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 必須記載事項(①～⑤)の全てを満たす領収書を添付しましたか。
3		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 必須記載事項(①～⑤)の全てを満たす領収書を添付しましたか。
4		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 必須記載事項(①～⑤)の全てを満たす領収書を添付しましたか。
5		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 必須記載事項(①～⑤)の全てを満たす領収書を添付しましたか。

備考欄

<健康保険組合事務局使用欄>

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

■付与ポイント決定

3,000ポイント × _____人 = _____ポイント

のりしろ (ここに領収書の原本またはそのコピーをのり付け等してください) ※レシート不可

◇ 下記の概要・注意事項を必ずご確認ください ◇

概要・注意事項

- <対象者> 被保険者及び被扶養者(接種日に資格を有する方)
- <付与対象> 当年10月1日～翌年1月31日までの間に受けたインフルエンザ予防接種
- <申請期限> 当該年度末までに<提出先>必着 ※年度末は処理に時間を要しますので、接種後すみやかにご申請ください。
- <申請方法> 「電子申請」を利用しない場合に限り、次の方法で申請してください。
- 医療機関で予防接種を受け、代金を支払って領収書を受け取る
 - 「インフルエンザ予防接種 健康ポイント付与申請書」と領収書を<提出先>に送付する
- <提出先> 〒489-0044 愛知県瀬戸市栄町45 パルティせと108
(株)バリューHR 瀬戸オペレーションセンター インフル受付係 PHC健保組合 担当
(TEL : 0561-56-7026)

<注意事項> ・領収書に次の必須記載事項がすべて書かれていること。不備がある場合は返戻します。

※本制度の詳細や電子申請システムのログインに関することは、Q&Aを参照ください。

- ①宛名(フルネーム) ②医療機関名称 ③発行年月日
 - ④但書き(インフルエンザの予防接種を受けたことが読み取れること)
 - ⑤支払額(複数の接種者をまとめて申請する場合は、その内訳もあること)
- ※領収書の取得が困難な場合(例;予防接種の自己負担が給与控除される)には、①～④のある接種証明書を領収書の代替とすることができます。
- 不備による返戻を除き、受理した書類は返却しません。
 - 健康ポイントの付与は、接種者1人につき1年度1回限りです。
 - 健康ポイントが実際に付与されるまで、申請書を提出してから1～2ヶ月程度かかります。
 - 健康ポイントの付与前に被保険者資格を喪失したときは、付与申請は無効となります。