インフルエンザ予防接種へのサポートを開始します !!

Ｐ＆Ｇグループ健康保険組合にご加入の方がインフルエンザ予防接種を受けられた場合に、申請に基づき全額費用補助させていただきます。

1 対 象 者
Ｐ＆Ｇグループ健康保険組合の被保険者および被扶養者
（Ｐ＆Ｇグループ健康保険組合の保険証カードをお持ちの方）

2 補 助 額
回数に制限なく全額補助します。

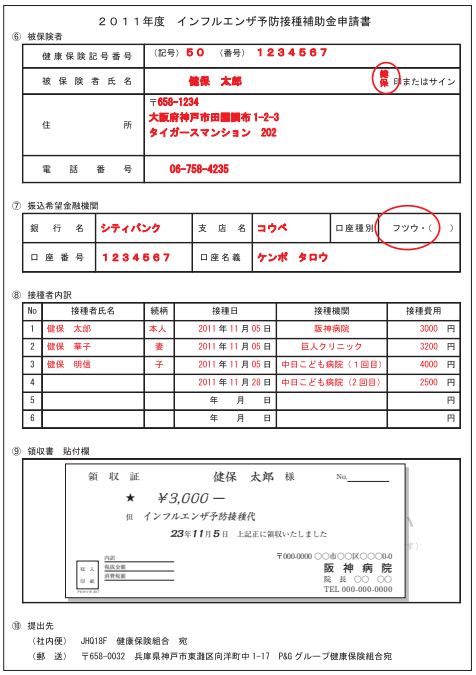
3 対象期間
2011年10月1日～2012年1月31日までに行った予防接種※
※国内での接種に限ります。

4 申請期間
2011年10月1日～2012年2月29日　必着

5 申請方法
「インフルエンザ予防接種補助金申請書」に必要事項を記入のうえ、オリジナルの領収書※を貼付して、健康保険組合へご提出ください。
※領収書には接種者の名前および「インフルエンザ予防接種代」と明記されているものに限ります。

送付先：（社内便）ＪＨＱ18Ｆ　健康保険組合　宛
（郵　便）〒658-0032
兵庫県神戸市東灘区向洋町中1－17
Ｐ＆Ｇグループ健康保険組合

記 入 例



２０１１年度　インフルエンザ予防接種補助金申請書

⑥ 被保険者

健康保険記号番号	（記号）５０　（番号）１２３４５６７		
被保険者氏名	健保　太郎	健保	印またはサイン
住所	〒658-1234 大阪府神戸市田圃調布 1-2-3 タイガースマンション　202		
電話番号	06-758-4235		

⑦ 振込希望金融機関

銀行名	シティバンク	支店名	コウベ	口座種別	フツウ・（　）
口座番号	１２３４５６７	口座名義	ケンポ　タロウ		

⑧ 接種者内訳

No	接種者氏名	続柄	接種日	接種機関	接種費用
1	健保　太郎	本人	2011 年 11 月 05 日	阪神病院	3000 円
2	健保　華子	妻	2011 年 11 月 05 日	巨人クリニック	3200 円
3	健保　明信	子	2011 年 11 月 05 日	中日こども病院（１回目）	4000 円
4			2011 年 11 月 28 日	中日こども病院（２回目）	2500 円
5			年　月　日		円
6			年　月　日		円

⑨ 領収書　貼付欄

領　収　証　　健保　太郎　様　　No.＿＿＿
★　¥3,000 －
但　インフルエンザ予防接種代
23年11月5日　上記正に領収いたしました
〒000-0000 ○○市○○区○○○0-0
阪神病院
院長　○○　○○
TEL 000-000-0000

⑩ 提出先
（社内便）　JHQ18F　健康保険組合　宛
（郵　送）　〒658-0032　兵庫県神戸市東灘区向洋町中 1-17　P&G グループ健康保険組合宛

6 支給方法
ご指定の口座へ、各月締めの翌月15日にお振り込みさせていただきます。
文書等による通知は行いませんのであらかじめご了承ください。

We will begin supporting influenza vaccinations!

If individuals who have joined the P&G Group Health Insurance Union receive influenza vaccines, We will provide a subsidy for the whole cost based on the application.

1 Eligible persons
The insured under the P&G Group Health Insurance Union, as well as his/her dependent(s)
(Those who have insurance certification card issued by the P&G Group Health Insurance Union)

2 Amount of subsidy
We will provide a full cost subsidy without limiting the number of times.

3 Target period
Immunization performed from October 1, 2011 to January 31, 2012*
*Immunizations performed within Japan only

4 Application period
October 1, 2011 to February 29, 2012 (application must be received by this date)

5 Method of application
Fill out the necessary information in the Application Form for Influenza Vaccination Subsidy. Paste the original receipt(s)* and submit the form to the Health Insurance Union.
* Only a receipt bearing the name of the person vaccinated, and has “Fee for influenza vaccination” clearly written, will be accepted.

Send to:(In-house mail) JHQ18F Health Insurance Union
(By post) P&G Group Health Insurance Union, 1-17 Koyocho-naka, Higashinada-ku, Kobe, Hyogo Prefecture 658-0032

6 How the subsidy will be provided
We will transfer payment to the designated account on the 15th of the following month for applications received by the designated day of each month.
Please note that no written notifications will be sent.