

## 「風疹予防接種」費用補助について

- 【対象者】** SMBC日興証券グループ健康保険組合の全加入者(グループ会社含む)のうち  
18歳以上(年度末時点)の被保険者、被扶養者で接種希望者  
(接種日に当健保組合の被保険者・被扶養者資格のある方)
- 【接種期間】** 通年(2018年11月30日以降の接種分より)  
但し、当健保組合より、風疹予防接種の費用補助を受けたことのない方
- 【医療機関】** 各自で選択(海外の医療機関は対象外)
- 【費用補助対象】** 風疹予防接種費用(抗体検査は費用補助の対象となりませんのでご注意ください)
- ・ MRワクチン、単独ワクチン(MMRワクチンなど国内未承認のものは対象外)
  - ・ 接種1回分のみ補助の対象となります
- 【費用】** 1人当たりの上限10,000円(消費税込み)の範囲内で実費まで  
(費用は各自お立替ください)
- 【請求方法】** 別紙「風疹予防接種」費用補助金請求書・領収書を健保組合に提出
- ※領収書(原本)について**
- ・ 以下の記載が必須となります
    - ・ 「接種を受けた方のお名前」
    - ・ 「風疹予防接種代」と明記されたもの
    - ・ (複数名を1枚の領収書にまとめて発行する場合)「接種を受けた方のお名前」「一人当たりの金額」
  - ・ 領収書は原本が必要です。他の医療費などと一緒にしている場合でも返却はできませんので、必要な方は、領収書を分けてもらってください。
- 【提出期限】** 接種月の翌々月末日(健保必着)
- 【送付先】** ※社内便または郵送  
〒103-0016 東京都中央区日本橋小網町9-2 小網町日興ビル7F  
SMBC日興証券グループ健康保険組合 保健事業グループ
- 【返 金】** 「風疹予防接種」費用補助金請求書・領収書を健保組合で受付けた翌々月25日(休・祭日の場合は前営業日)に返金
- ・ 保険証記号3の方は人事部経由にて、給与と同時に振込みとなりますので、支払い指定金融機関の記入は不要です(ご自身で人事に指定されたその他口座へのお振込み)。
  - ・ 3以外の方は、被保険者の銀行口座へ返金いたしますのでお間違いのないようご記入ください。

※ 尚、自治体などにより費用補助がある場合もありますので、ご確認の上そちらもご利用ください。

**【問合せ先】** 保健事業グループ TEL 03-3660-2792

# 「風疹予防接種」費用補助金請求書(社員・社員の家族)



受付印

接種期間: 通年(2018年11月30日以降接種分より)  
提出期限: 接種月の翌々月末までに健保組合必着

SMBC日興証券グループ健康保険組合 御中

下記のとおり「風疹予防接種」を受けましたので補助金を請求します。

フリガナ	生年月日	健康保険証の記号・番号 ( )	会社名	請求日: 年 月 日
被保険者	男・女	昭和・平成	所属部署	
氏名	※当該補助金の、人事部経由給与払いに同意します(記号3の方)			所属TEL ( ) -

※以下太枠内ご記入ください。(被保険者1名の請求であっても、必ずご記入ください)

1	接種を受けた方の氏名 フリガナ 氏名	続柄	接種年月日 年 月 日	支払金額 円	健保組合記入欄	
					組合補助	種別
	男・女			円		81
	男・女			円		82
	男・女			円		81
	男・女			円		82
	男・女			円		81
	男・女			円		82
	男・女			円		81
	男・女			円		82

## 【補助金の振込先】

被保険者名義の金融機関口座をご記入ください。(記号3の社員の方は各自指定の「その他口座」に給与振込のため記入不要、但し退職予定者は必須)

銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	種目	口座番号(右詰で記入)	被保険者: 口座名義(カカナ)
				・普通		
				・当座		

- ・対象者: 18歳以上(年度末時点)の被保険者・被扶養者、一人につき上限10,000円(消費税込・ただし実費まで)の補助となります。
- ・続柄は、被保険者=本人 被扶養者=夫・妻・長男・長女・父・母等の名称でご記入ください。
- ・「接種を受けた方の氏名」および「風疹予防接種代」と明記された領収書を必ずクリップ留めで提出してください。
- ・「風疹予防接種」費用補助金請求書・領収書を健保組合で受付けた翌々月25日(休・祭日の場合は前営業日)に返金となります。

健保組合記入欄