

予防接種助成金申請-SMARTDESK- 申請書

▼組合員（本人）情報

所属団体	防衛省共済組合
住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都中野区〇〇〇1-23
フリガナ	キョウサイ タロウ
氏名	共済 太郎

申請日	2 0 2 5 年 1 0 月 3 0 日
組合員証記号	5 5 5 左詰で記入※3桁
組合員証番号	1 2 3 4 5 6 7 左詰で記入※7桁
生年月日（西暦）	1 9 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日
日中連絡先	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
連絡可能時間帯	☐ 午前 ☐ 午後 ☒ いつでも可

個人情報の取扱いへの同意
(本申請書の最終項目参照)

☒ 同意しました。

※同意いただけない場合審査を開始できない為、補助金を支給致しかねます

注意事項

- ・組合員（本人）の情報欄には、**原則組合員（本人）**のお名前や記号・番号を記入してください。
- ・**接種対象者は被扶養者のみ**です。組合員（本人）は助成対象ではありませんので、記入しないでください。
- ・助成金額は100円未満は切り捨てでの支給となります。例）1480円→1400円、980円→900円
- ・100円未満は助成されません。100円未満の申請は否認となります。
- ・組合員証記号と番号は、自衛官の方はご家族の被扶養者証又は資格確認書、マイナポータル上での確認、事務官等の方は組合員証又は資格確認書、マイナポータル上で確認を行い、記入ください。自衛官診療証の内容は記入しないでください。
- ・郵送申請の場合、送料（切手代）は自己負担です。

領収証金額を
記入ください。

原則領収証金額を記入
ください。但し、今後自治
体から助成を受ける場合
は、助成額を控除した後の
金額を記入ください。

▼接種対象者情報

接種者氏名/カナ	接種種別／接種日（西暦）	この接種にかかった 費用(税込)	自己負担金額 (税込)
フリガナ キョウサイ ハナコ 姓 共済 名 花子	接種種別 インフルエンザ予防接種 2 0 2 5 年 1 0 月 2 8 日	4, 0 0 0 円	4, 0 0 0 円
フリガナ キョウサイ イチロウ 姓 共済 名 一郎	接種種別 インフルエンザ予防接種 2 0 2 5 年 1 0 月 2 8 日	4, 0 0 0 円	4, 0 0 0 円
フリガナ キョウサイ ショウヘイ 姓 共済 名 翔平	接種種別 インフルエンザ予防接種 2 0 2 5 年 1 0 月 2 8 日	4, 0 0 0 円	3, 0 0 0 円
フリガナ 姓 名	接種種別 インフルエンザ予防接種 2 0 2 年 月 日	円	円
フリガナ 姓 名	接種種別 インフルエンザ予防接種 2 0 2 年 月 日	円	円
フリガナ 姓 名	接種種別 インフルエンザ予防接種 2 0 2 年 月 日	円	円
フリガナ 姓 名	接種種別 インフルエンザ予防接種 2 0 2 年 月 日	円	円

▼振込先情報

金融機関名	フリガナ マルマルギンコウ 名称 〇〇銀行	口座種別/番号	普通	1	2	3	4	5	6	7
支店名	フリガナ サギノミヤシデン 名称 鷺ノ宮支店	口座名義名カナ	キョウサイ タロウ							

注意事項

記入間違いにご注意ください。原則組合員名義の口座を記入してください。国内銀行国内支店のみ、振込先として指定が可能です。

組合員以外の口座を指定する場合は、支部へ委任状を提出してください。

領収証の写しはこちらに貼付してください
(領収証は返却致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インフルエンザの予防接種であることの記載

※複数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ご記載ください。

領収証	
① イーウェル 花子 様	② 令和〇〇年〇月〇日
④ ￥ 2,500	
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	但書に【インフルエンザ予防接種】の 記載は必須です
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

※【インフルエンザ予防接種】の記載がない領収証では受付できません

予防接種名の記載がない場合は、予防接種名の記載のある診療明細書をあわせて貼付しご申請ください。
複数名で合算した領収証の場合は①～⑤それぞれの内訳の記載が必須です。

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
予防接種補助金申請書受付係 ※予防接種助成金 申請書在中 と記載ください。

申請書問合せ先

株式会社イーウェル 健診事務センター
TEL : 0120-649-447 (受付時間 10:00～17:00 休業日 土・日・祝日・12/29～1/4)
※個人情報保護の観点から、申請されるご本人様以外からのお問合せはお受けできない場合がございます。

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

お客様からご提供いただきました全ての個人情報は、お客さまの所属法人・団体等の各種制度の受付、幹旋品の購入受付のため、及び、問合せ対応のために利用し、その利用目的の範囲内で、当社基準で選定した企業に委託する場合がございます。

また、下記利用目的の範囲内で、安全対策（パスワード等）を施した上で第三者に提供する場合がございます。

- ・サービス利用の手配、利用料金の請求等の目的で、当社と個人情報に関する契約を締結したサービス提供会社・施設等へ提供する場合。
- ・サービスの利用状況報告・請求の目的で、お客様の所属法人・団体等へ提供する場合。

なお、お客様が本サービスを利用した場合、そのご利用結果についてサービス提供会社・施設等より、当社は第三者提供を受けます。

個人情報のご記入はおお客様の任意ですが、必要項目を記入されない場合、サービスの全部または一部をご利用いただけない場合がございます。

個人情報に関する開示等、苦情・相談に関しては下記にご連絡ください。

〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町3番6号 株式会社イーウェル「個人情報お問合せ窓口」(privacy@ewel.co.jp)

当社は経営管理本部長を個人情報保護管理者としております。