①

見　本

インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

対象：小学６年生以下のご家族（被扶養者）

申請日(西暦)	20	2	3	年	1	1	月	1	1	日	事業所名	□□□□株式会社
健康保険証 記号-番号(左詰め)	1	0	1	―	1	2	3	4	5		被保険者氏名	健保　太郎
日中連絡先(左詰め)	会社			0	3			―	3	8	3	5	―	6	7	0	0

対象者氏名	生年月日（西暦）										続柄	接種日						接種費用	
（フリガナ）　ケンポ　ハナコ	20	1	9	年	0	4	月	0	1	日	長女	1	0	月	0	1	日	3,000	円
健保　花子														月			日		円
（フリガナ）	20			年			月			日				月			日		円
														月			日		円
（フリガナ）	20			年			月			日				月			日		円
														月			日		円
（フリガナ）	20			年			月			日				月			日		円
														月			日		円

振込先情報 （給与口座）	銀行名	銀行コード	支店名	支店コード
	△△銀行	0 0 0 0	〇〇支店	0 0 0
	種別	**口座番号**	**口座名義**	**口座名義カナ**
	普通	1 2 3 4 5 6 7	健保　太郎	ケンポ　タロウ

＊　申請者（被保険者）本人の給与口座名義を記入ください。
＊　振込先の記入に間違いがあると補助金のお支払いができない場合があります。
＊　対象者１名につき、２，０００円を上限に実費を健保組合が補助します。
＊　厚生労働省で認可されていないインフルエンザ予防ワクチンは補助の対象外となります。
＊　申請受付期間は接種した年度の１０月１日～翌年３月３１日（土日祝日の場合はその翌営業日）とし、
　　対象者１名につき年度１回のみ申請を受け付けます。
＊　２回接種法の場合で１回分の金額が２，０００円に満たない場合は領収書を２回分合わせて添付してください。

✔提出前にご確認ください！！

□　申請書の太枠内の記入漏れはありませんか？
□　対象者氏名は小学６年生以下のご家族ですか？
□　対象者欄に当健康保険組合の扶養に入っていない方を記入していませんか？
□　領収書（コピー不可）は人数分貼付されていますか？（明細書だけでは受理できません）
□　振込先情報は「給与口座」を記入していますか？

※領収書には、対象者氏名、接種金額、接種日、但し書き、医療機関名（および押印）の記載が必要です。

領　収　書

見本

健保　花子　様

¥3,000－

但　インフルエンザ予防接種費用補助代　として

2020年10月1日　　上記の通り領収しました

東京都台東区台東１－５－１　　〇〇〇クリニック

印

【健康保険組合使用欄】

支給決定額	受付日付印
円	

【送付先】郵便または社内便で送付ください。
〒110-8560　東京都台東区台東1-5-1　TOPPANグループ健康保険組合
「インフルエンザ予防接種費用補助担当」宛

②

インフルエンザ領収書添付用紙

接種後、領収書の上部をのりづけし、この用紙またはＡ４用紙に添付してください。

のりしろ