

ホッキス
↑この上に領収書
(原本)をホッチ
キスでしっかりと
留めて下さい

2025年度受診分

常務理事	課長	担当者

インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請日 年 月 日 ※ 申請期限:2026年3月31日 健保組合必着

被 保 險 者 記 入 欄	会社・事業所名									部署				
	記号・番号				-						被保険者氏名			
	受診者氏名					続柄			電話番号 日中の連絡先					
	受診者生年月日	年 月 日				接種時の年齢								
	支払金額					12歳以下の方 は接種回数選択		<input type="checkbox"/> 接種1回	<input type="checkbox"/> 接種2回					
	接種日1回目	年 月 日				接種日2回目 ※該当無は未記入		年 月 日						
	予防接種種別 (接種した方に○)	<input type="checkbox"/> (注射)不活性化インフルエンザワクチン						<input type="checkbox"/> (点鼻)フルミストインフルエンザワクチン						
	在職中の補助金 支払に関する同意	<input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業主経由で受領することに同意します。												

添付書類 領収書原本 ※下記の記載を確認の上、本紙は申請書の左上にホチキス留めして下さい。

添付書類の確認	<input type="checkbox"/> 「インフルエンザ予防接種を受けた方の氏名」の記載がある
(注意) 左のチェックが全てある領収書でないと受理できません。 チェックがつかない項目がある場合は、領収書に医療機関で 加筆等をしてもらう、または、記載のある明細書等を領収書と 一緒に添付いただく等でチェックを全てつく状態で添付してく ださい。	<input type="checkbox"/> 「予防接種を受けた年月日」の記載がある
	<input type="checkbox"/> 「医療機関名」の記載がある
	<input type="checkbox"/> 「インフルエンザ予防接種の料金」の記載がある
	<input type="checkbox"/> 「インフルエンザ予防接種代」と記載されている

退職後に請求する場合に記入（任意継続者：記号9990は記入不要）

金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支店 本店 出張所	種目	口座番号	フリガナ
				普通預金		口座名義人

ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。

健保 記入 欄	支給額		支給日	年	月	日
	備考					

【支給要件・注意事項】

- ① 検査日に有資格者(被保険者/被扶養者)であること。年齢制限はありません。
 - ② 申請は年度内一人1回です。
 - ③ **申請の期限は、年度内(4/1～翌年3/31)健保組合必着です。**

◆申請の期限に間に合わない場合は、あらかじめご連絡ください。

- ④ 予防接種にかかった費用(実費上限2,000円まで)が補助金額になります。
- ⑤ 国内の医療機関で接種した場合のみ補助対象となります。

○ 以下の正解欄にて記入した項目のうち備考欄を記入せよ。

発信者印	発信者印

受付日付印

【領収書の記載内容の確認】

領収書	① 預防接種を受けた方の氏名（フルネーム）
古河 健子 様	② 預防接種を受けた年月日
〇〇年〇月〇日	③ 支払った予防接種の料金
5, 000円（税込）	④ インフルエンザ予防接種費用である旨の記載
但し、インフルエンザ予防接種代金として	⑤ 医療機関名称
〇〇〇〇病院 横浜市〇区〇〇2-4-3	

①～⑤ 全てが記載されていないと申請受理ができません

- ★ 領収書に⑤が記載されていない場合、支払内訳明細書等、インフルエンザワクチンを接種したことがわかるものも添付して提出して下さい。
- ★ 領収書は原紙を添付して下さい。（コピーは不可）
- ★ 領収書は1枚につき1名のみ。（1枚で複数名分をまとめたものは不可）
- ★ 領収書の宛名は「接種者名」であるかを確認して下さい。（会社名は不可）
- ★ 2回接種し領収書1枚の場合、2回の接種日が記載されていること。
- ★ 領収書原本は申請書の左上にホチキス留めして下さい。
- ★ 領収書の他に支払内訳明細書等2枚以上ある場合は重ねて印字面を上にして添付してください。

【領収書の貼付場所】

領収書等貼付場所

領収書等を申請書の左上に揃えてホッチキス留めする

ホチキス この上に領収書 (原本)をホチキス 留め下さい		2025年度受診分	常務理事	課長	担当者	
インフルエンザ予防接種種補助金申請書						
提出日 2025年 11月 30日		※ 申請期限:2026年3月31日 健保組合必着				
被 保 險 者 記 入 欄	会社・事業所名	〇〇〇株式会社	部署	〇〇部		
	記号・番号	1 1 1 1 - 0 0 0 0 0 0	被保険者氏名	古河 健保		
	受診者氏名	古河 健子	姓	妻	電話番号 日中の連絡先	000-1111-2222
	受診者生年月日	1981年 10月 25日	接種時の年齢	44歳		
	支払金額	4,500円	12歳以下の方 は接種回数選択	<input checked="" type="checkbox"/> 接種1回	<input type="checkbox"/> 接種2回	
	接種日1回目	2025年 11月 25日	接種日2回目	年 月 日		
予防接種種別 (接種した方に〇)	<input checked="" type="checkbox"/> (注射)不活性化インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/> (注射)不活性化インフルエンザワクチン				



ホチキス この上に領収書 (原本)をホチキス 留め下さい		領収書	常務理事	課長	担当者	
古河 健子 様 〇〇年〇月〇日						
5, 000円（税込）						
但し、インフルエンザ予防接種代金として						
〇〇〇〇病院 横浜市〇区〇〇2-4-3						
被 保 險 者 記 入 欄	受診者生年月日	1981年 10月 25日	接種時の年齢	44歳		
	支払金額	4,500円	12歳以下の方 は接種回数選択	<input checked="" type="checkbox"/> 接種1回	<input type="checkbox"/> 接種2回	
	接種日1回目	2025年 11月 25日	接種日2回目	年 月 日		
	予防接種種別 (接種した方に〇)	<input checked="" type="checkbox"/> (注射)不活性化インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/> (注射)不活性化インフルエンザワクチン			

【12歳以下で受診した場合】

① 2回接種した場合

1枚の申請書に2回分をまとめて記載し、

2回分の領収書を添付して下さい。

※1回の領収額が4,000円を超える場合は、1回分だけでOK。

② 1回のみ接種の場合

接種日2回目欄横、『接種1回のみ』に〇印をつけて下さい。

【Webで申請済の場合】

この用紙で申請すると、二重申請になりますので、その場合は支給制限回数エラーとなり、支給対象となりません。