

日油健康保険組合 検印欄

--	--	--	--

健保組合記載欄

補助金 支給決定額		円
--------------	--	---

インフルエンザ予防接種補助金申請書

【令和6年度】

補助金対象接種期間	： 令和6年4月1日 ~ 令和7年2月28日
補助金申請期限	： 令和7年3月10日(月)日油健康保険組合必着

対象者：接種日に当健保組合の被保険者および被扶養者の資格のある方。

(注)他の制度からの助成や割引(自治体の補助・関係者割引等)を受けた方は対象外です。

(注)自治体などの公的補助を受けることができる方は公的補助を優先してください。

条件や費用は自治体により異なりますので、お住まいの自治体に確認してください。

(注)接種期間外の接種は補助対象外です。

補助金額：1人あたり1,000円までの実費支給(年度内1人1回限り、分割接種は1接種とみなします)

申請方法：本紙(補助金申請書)に領収書の原本を添付し、事業所経由で請求してください。

(注)領収書は以下①～⑤の記載が必要です(領収書宛名は個人名)

①インフルエンザの予防接種であること

②接種者氏名(フルネーム)

③接種年月日

④1人分の接種料金

⑤医療機関名

(注)海外で接種した場合、領収書に記載されている文書の和訳を空白部分に記入してください。

(注)ご提出の領収書は返却できません。

(注)ご家族分はまとめて請求してください。

***** 以下空欄を記入してください *****

記入例

記入日： 令和 6 年 12 月 25 日

◆被保険者情報

事業所名	日油(株)本社			
被保険者証	記号	101	番号	9999
被保険者氏名	日油 太郎			

◆接種者情報(接種した日に当組合の被保険者・被扶養者の資格がある方に限ります)

	接種者名	続柄	支払った金額
①	日油 太郎	本人 家族	3,000 円
②	日油 花子	家族	3,000 円
③	日油 一郎	家族	3,000 円
④	日油 一子	家族	3,000 円
⑤	日油 二子	家族	3,000 円
⑥	日油 三子	家族	3,000 円