

常務理事	事務長	担当者

きつこう会健康保険組合 殿

受付印

### インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

保険証記号	101	保険証番号	9999
電話番号	090 1234 5678	住所	大阪府大阪市〇丁目〇番〇号

※振込ができないなどのトラブルがありましたらご連絡いたします。繋がりのやすいお電話番号を記入ください。

接種した方について記入 (\*欄は記入しないでください。)

氏名	年齢	区分	接種日	窓口負担額	*補助金
健保 太郎	46	本人	1回目 令和6年 12月 2日	3,000円	円
		家族	2回目 年 月 日	円	
健保 花子	40	本人	1回目 令和6年 12月 5日	3,000円	円
		家族	2回目 年 月 日	円	
健保 次郎	10	本人	1回目 令和7年 1月 7日	2,500円	円
		家族	2回目 令和7年 1月 30日	1,500円	
		本人	1回目 年 月 日	円	円
		家族	2回目 年 月 日	円	円
		本人	1回目 年 月 日	円	円
		家族	2回目 年 月 日	円	円
*補助金合計額					円

補助金振込先(必ず被保険者の口座にしてください 口座名はカタカナで記入してください)

金融機関名	支店名	種別	口座番号	被保険者の口座名
東西 銀行	南北 支店	普通	1234567	ケンボタロウ

上記の通りインフルエンザ予防接種を行いましたので、補助金の支給を申請します。

令和 7 年 2 月 8 日

被保険者氏名

健保太郎

印

#### 領収証貼付欄

(貼れない場合裏に貼ってください)

※接種医療機関が発行した「領収証(原本)」を貼り付けてください。(必須)

〈領収証には以下の記載が必要です〉

- ☆いつ.....年月日
- ☆どこで.....医療機関名
- ☆誰が.....接種を受けた方の氏名(フルネーム)
- ☆何を.....インフルエンザ予防接種
- ☆接種費用...単価
- ☆医療機関印を必ず押してもらってください。

領収書を発行していない医療機関の場合は、必ず接種した医療機関の事務員に記載してもらってください。

請求上注意

対象者.....被保険者(本人)および被扶養者(家族)

振取期間.....10月から翌年2月

請求回数.....接種者ごと1回のみで家族接種がすべて済んでから請求してください。

提出期限.....令和 7 年 3 月 10 日 健保組合必着

※インフルエンザ予防接種であれば、季節性インフルエンザ・新型インフルエンザワクチン接種どちらでも対象といたします