

受付	年	月	日
常務理事	事務長	担当	

2024年 インフルエンザ予防接種補助申請書 (被保険者用)

被保険者（ご本人）情報を正しくご記入ください

※太枠内をすべて記入ください

被保険者情報	保険証記号	98				保険証番号	20000 枝番は不要					
	被保険者氏名	健康 太郎										
接種者氏名	性別	生年月日				本人 家族 区分	接種日				補助金申請金額	
		元号	年	月	日		元号	年	月	日	※1,000円を超える場合は1,000円 ※1,000円未満の場合は実費金額 ※13歳未満で2回分申請する場合は、合計金額にて算出ください	
健康 太郎	男	昭・平 令	35	1	1	本人	令	6	10	5	1000	円
健康 花子	女	昭・平 令	37	2	2	本人	令	6	10	5	1000	円
	男	昭・平 令				本人	令					円
	女	昭・平 令				本人	令					円
	男	昭・平 令				本人	令					円
被扶養者を含む申請情報を正しくご記入ください												
合計（支給額）											2000	円

- ※ この申請書に記入された個人情報は補助金支給のための利用に限定しています。
- ※ 小松製作所健康保険組合の被保険者・被扶養者に限ります。（いずれも接種日に資格のある方）
- ※ **補助金は、健保に登録されている「ゆうちょ銀行」の口座へ振り込みます。**
- ※ **2024年4月1日～2025年1月31日までの間に接種したインフルエンザ予防接種であること。**
申請受付期間は2024年10月1日～2025年2月7日となります。（季節型、新型のいずれか1つ）
但し、2023年4月1日～2023年9月30日の間に資格喪失する場合は、資格喪失月の末日までに申請ください。
- ※ 補助申請書が2025年2月7日までに健保に到着したものについて補助いたします。
期限を過ぎた申請については受付いたしません。（上記期限を考慮し、間に合うように提出ください。）
- ※ **①インフルエンザの予防接種であることが明記されており、②接種した医療機関の領収印、③接種を受けた方の氏名(姓名)、④接種日、⑤接種金額(単価)の記入がある「領収書の原本」を必ず添付してください。**
- ※ 13歳未満のお子さんの場合2回接種となります。1回で1,000円を超える場合は、1回分のみで申請ください。1回の接種では1,000円に満たない場合は、2回分をまとめて申請し、領収書は2回分とも提出ください。
1人年1回のみ申請となっておりますので、2回分別々での申請は受付いたしません。
- ※ 予防接種法により市区町村から助成を受ける方は、その実費額の範囲内での補助とします。
- ※ 領収書は、領収書貼付用紙又はA4用紙に糊付けし添付ください。（ホチキス/セロハンテープ使用禁止）
（コンプライアンス上裏紙使用不可）2回分申請する場合は領収書を2枚とも添付ください。
- ※ 申請書と領収書貼付用紙は左上を糊付けください。（ホチキス/クリップ使用禁止）
- ※ 鉛筆書き不可。黒字のボールペンまたは万年筆でご記入ください。

領収書貼付用紙

※ 1枚に貼りきれない場合は、別のA4用紙を追加し添付ください

確認項目	確認したら○
申請書の記入不備はないですか（被保険者氏名等）	○
領収書の宛名は接種した方の氏名になっていますか	○
領収書にインフルエンザ予防接種と明記されていますか	○
レシートタイプの領収書はコピーし、原本とコピーを両方添付しましたか	-
領収書の原本を領収書貼付用紙又はA4の用紙に糊付けしましたか	○
申請書と領収書貼付用紙を糊付けしましたか（提出書類が2枚以上になった場合）	○

領収書

健康 太郎 様

令和6年10月5日

領収金額

3,000 円

（インフルエンザ接種代として）

〇〇医院 医院長 〇〇領収印

領収書

健康 花子 様

令和6年10月5日

領収金額

3,000 円

（インフルエンザ接種代として）

〇〇医院 医院長 〇〇領収印