

受付	年	月	日
常務理事	事務長	担当	

2025年 インフルエンザ予防接種補助申請書

被保険者（社員ご本人）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	11				被保険者氏名	健康 太郎					
	保険証番号	1234567 枝番は不要										
	事業所名(会社名)	コマツ				所属名	〇〇部					
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	
健康 太郎	男・女	昭・平 令	45	1	1	本人・家族	令	7	10	1	1000	円
健康 花子	男・女	昭・平 令	46	3	3	本人・家族	令	7	10	1	1000	円
健康 一郎	男・女	昭・平 令	20	5	5	本人・家族	令	7	11	5	1000	円
		昭・平				本人・家族	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）											3000	円

申請者確認欄

チェックをお願いします

上記の通り記載内容については本人が記入し、申請します。
この補助金は事業所経由で受領します

- ※ 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（いずれも接種日に資格のある方）
- ※ 2025年4月1日～2026年2月6日までを申請受付期間とし、インフルエンザ予防接種であること。✓を入れてください
- ※ 申請受付期間は2025年4月1日～2026年2月6日となります。（季節型、新型のいずれか1つ）
但し、2023年4月～2024年3月31日までの接種は、資格喪失する場合は、資格喪失月の末日まで。
- ※ 補助金の支給は、事業主を経由して行います。（任意継続被保険者・喪失者を除く）
- ※ 補助申請書が2026年2月6日までに健保に到着したのものについて補助いたします。期限を過ぎた申請書については受付いたしません。（健保到着期限を考慮し、各事業所の担当者へ提出ください）
- ※ 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回分のみで申請してください。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回分とも提出してください。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。コンプライアンス上裏紙使用不可
- ※ 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/セロハンテープ使用禁止）
- ※ 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枚の用紙に貼りきれない場合は A4 の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 7 年 10 月 1 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 7 年 10 月 1 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 一郎 様

令和 7 年 10 月 1 日

領収金額

800 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 一郎 様

令和 7 年 11 月 5 日

領収金額

800 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