

支給額	合計	円	常務理事	事務長	担当	担当

## 健康保険 インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

(接種期間:令和7年10月1日～令和8年3月31日)

提出日	年 月 日					
被保険者等 記号番号	記号	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
	番号					
被保険者 氏名	フリガナ		被保険者 住所	〒		
				電話		
給付金振込先	給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。(被保険者口座となります。) 任意継続被保険者の方は、当組合へ届出されている給付等振込先口座へ振込します。					
	受診者氏名	続柄	接種日	申請金額 【実際にかかった費用】	支給金額 【※記入しないでください】	
①			令和 年 月 日	円	円	
②			令和 年 月 日	円	円	
③			令和 年 月 日	円	円	
④			令和 年 月 日	円	円	
⑤			令和 年 月 日	円	円	
合計		人	合計申請金額	円	円	

※ お振込の入金確認は、通帳記入又はWEB医療費明細システム(情報は最短で約1ヵ月後)に登録されます。ご確認ください。

### 【申請上の注意事項】

- 接種日に当組合の資格のない方は申請できません。
- 補助金は、本年度1人当たり**4,000円**を上限として、インフルエンザ予防接種にかかった費用を補助します。
- 領収書(原本)には「**医療機関名**」「**インフルエンザ予防接種代として**」「**接種日**」「**接種を受けた者の氏名**」の記載が必要です。※診療報酬明細書に記載がある方は、あわせて提出ください。
- 領収書(原本)をこの申請書の裏面に糊付けして申請してください。
- 申請は、**世帯まとめて一括での申請をお願いします。(申請期日:令和8年4月3日健保必着)**

### 【送付先】

郵送の場合 : 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室  
大気社グループ健康保険組合

受付日付印