

① <注意>消せるボールペンは  
使用しないでください

インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

申請日	〇〇年〇〇月〇〇日	日中連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
健康保険証 記号-番号	1 - 〇〇〇〇〇	被保険者 氏名	健保 太郎	

被保険者ご本人の情報を  
記入してください

対象者氏名	生年月日	続柄	接種日	接種費用
(フリガナ) ケホ <sup>レ</sup> 花子	〇〇年〇〇月〇〇日	妻	〇〇年〇〇月〇〇日	2,000 円
健保 花子			年 月 日	円
(フリガナ) ケホ <sup>レ</sup> 一郎	〇〇年〇〇月〇〇日	長男	〇〇年〇〇月〇〇日	1,500 円
健保 一郎			〇〇年〇〇月〇〇日	1,500 円
(フリガナ)	年 月 日		年 月 日	円
			年 月 日	円
(フリガナ)	年 月 日		年 月 日	円
			年 月 日	円

補助の対象の(接種した)方について記入してください

接種費用は領収書に記載されている金額を記入してください。なお、同日に複数人が接種し、領収書が1枚にまとめられている場合は、医療機関に内訳を確認し、その内容を記入してください。(内訳書が入手できる場合には、領収書と共に添付してください)

振込先情報	銀行名		銀行コード				支店名		支店コード		
	〇〇銀行		〇	〇	〇	〇	〇〇支店		〇	〇	
	種別	口座番号					口座名義人		口座名義人カタカナ		
	普通	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	健保 太郎	ケホ <sup>レ</sup> 花子

被保険者名義の口座を  
記入してください

- \* 申請者(被保険者)本人の口座名義であること。
- \* 振込先の記入に間違いがあると補助金のお支払いができない場合があります。
- \* 対象者1人につき2,000円を限度とし、2,000円未満の場合はその実費相当額
- \* 対象期間: 年度中の10月1日~翌年1月31日の接種分 年度中一人1回限り
- \* 申請書受付期間: 年度中の10月1日~翌年2月29日健保組合到着分まで(3月1日以降は受付いたしません。申請書は返却いたします。)
- \* 2回接種法の場合で1回分の金額が2,000円に満たない場合は領収証を2回分あわせて添付してください。

提出前にご確認ください。

提出前に必ずチェックしてください!

- 申請書の太枠内の記入漏れはありませんか?
- 「対象者氏名」欄の該当者は、当健康保険組合に加入していますか?
- 領収証(コピー不可)は人数分貼付されていますか?(明細書だけでは受理できません)
- 振込先情報は申請者(被保険者)本人名義の口座を記入していますか?

【領収書について】 ※領収書には、接種者名、接種金額、接種日、但し書き(「インフルエンザ予防接種代として」と記載)、医療機関名および押印が必要です。  
※接種者が複数の場合、接種者全員の名前を但し書きに記載してください。

見 本	領 収 書
	健保 太郎 様
	¥ 3,000 -
	但 インフルエンザ予防接種代として
	平成29年11月15日 上記に正に領収いたしました 〇〇〇クリニック 東京都港区南青山1-2-3 (印)

【健康保険組合使用欄】	
支給決定額	受付日付印
円	

ここは健保組合で使用します。  
何も記入しないでください!

【送付先】郵便で送付ください。

〒107-0062 東京都港区南青山1-15-5 パーソル南青山ビル  
パーソルキャリア健康保険組合「インフルエンザ予防接種費用補助担当」宛

②

## インフルエンザ領収書添付用紙

接種後、領収書の上部をのりづけし、この用紙またはA4用紙に添付してください。

領 収 書

健保 太郎 様

¥ 3,000 -

但 インフルエンザ予防接種代として

平成29年11月15日 上記に正に領収いたしました

〇〇〇クリニック

東京都台東区台東1-5-1 (印)

領収書貼付け  
イメージ