-括(拠点)申請用

・本申請書は、日本年金機構健康保険組合の適用事業所のみ使用できます

健保	常務理事	事務長	課長	担当者
体使用欄				

インフルエンザ予防接種補助金申請書

(太枠内を記入のうえ、同意欄へチェックを入れてください。)

	т л н			
拠	日本年金機構	グループ(課)名		
点名		担当者名		
П	(本部の方は、部(室)名を記入してください)	電話番号		
医療機		接種者人数(内訳)		
		被保険者(本人)		
関名		被扶養者(家族)		
10		合 計		

《注意事項》

- 1. この一括申請書は、拠点で予防接種を実施した場合に使用してください。
- 2. 医療機関発行の領収書(原本)を添付してください。

<領収書について>

受ける。 一括発行の場合 → 実施日、金額と人数記載のものを1枚添付 個別発行の場合 → 実施日、金額と氏名記載のものを申請人数分添付 ※領収書は、必ず別紙 < A4サイズの用紙 > に添付してください。

- 3. 申請額(補助額)は、被保険者および被扶養者1人あたり3,000円(税込)が 上限です。予防接種を2回受けた場合でも、補助は1回分のみとなります。
- 4. 記入欄が足りない場合は、行を追加してください。
- 5. 下記事項に同意のうえ、同意欄に必ず回してください。
- ・健保組合からの振込は日本年金機構宛てとなりますので、本補助金の代理 受領について同意をお願いします。
 ・申請者への支払は日本年金機構から給与口座への振込となります。
 ・同意のない場合は支払できませんのでご留意ください。

※枝番の記入は不要です

午

н

邢麻

	被保険者証				本人	44	領収書	ch 등호 성진	同
No.	記号	番号	接種者氏名	フリガナ	家族	接種日 (西暦/月/日)	金額(円)	申請額(円)	同意欄
例	100	99999	健保 太郎	ケンポ タロウ	本人	2025/11/1	3,500	3,000	\square
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

※枝番の記入は不要です

	被保険者証				本人		領収書		同
No.	記号	番号	接種者氏名	フリガナ	*** *** 家族	接種日 (西暦/月/日)	金額(円)	申請額(円)	意欄
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									
51									
52									
53									
54									
55									
56									
57									
58									
59									
60									
- 33]		l	1				<u> </u>	Т