

健康 保 使 用 欄	常務理事	事務長	課長	担当者

(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。)

《注意事項》

拠 点 名	日本年金機構 (本部の方は、部(室)名を記入してください)	グループ(課)名	
		担当者名	
		電話番号	
医 療 機 関 名		接種者人数(内訳)	
		被保険者(本人)	
		被扶養者(家族)	
		合 計	

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＞
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☑してください。**

※枝番の記入は不要です

No.	被保険者証		接種者氏名	フリガナ	本人・ 家族	接種日 (西暦/月/日)	領収書 金額 (円)	申請額 (円)	同意欄
	記号	番号							
例	100	99999	健保 太郎	ケンポ タロウ	本人	2025/11/1	3,500	3,000	☒
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

[illegible]