個別(被保険者)申請用

・本申請書は、日本年金機構健康保険組合の被保険者のみ使用できます

健保	常務理事	事務長	課長	担当者
使用欄				

インフルエンザ予防接種補助金申請書

(本補助金申請を希望する被保険者は、太枠内を記入してください。)

■申請者(被保険者本人)	※枝番の記入は不要です

被保険者証	記号	100	番号 (右つめ)				所	□ 本部	(部(室)・グループ名を記入して	ください)
職員番号							属	□ 事務センター□ 年金事務所	(事務センター名称、又は事務所名	称を記入してください)
フリガナ						同意		意欄について】 払は日本年金機構か	ら給与口座への振込となります。	申請額(世帯合計)
被保険者 氏名							金の)代理受領について同	金機構へ振込となりますので、本補助 意をお願いします(〇印を記入)。 できませんのでご留意ください。	円

■申請内容(接種者情報)

※1 被保険者のみの場合も必ず以下の欄を記入してください。 ※2 領収書は必ず < A4サイズの用紙(別紙) > に貼付してください。

		続柄·接種日	医療機関名・領収書金額・申請額	健保
	接種者名	※続柄、年の該当部分に〇印	※申請額は、領収書金額が3,000円以上の場合は3,000円、 3,000円未満の場合は領収書金額を記入してください	用欄
1	フリガナ	本人 ・ 家族	機 関 名	可 🗌
1	氏名	2025年 月 日	領 収 書	満考)
2	フリガナ	本人 ・ 家族	機 関 名	可
2	氏名	2025年 月 日	収 書 金 額 円 額 円	満考)
2	フリガナ	本人 ・ 家族	機 関 名	可
3	氏名	2025年 月 日	領 収 申 請	満考)
4	フリガナ	本人 ・ 家族	機	可 🗌
7	氏名	2025年 月 日	領 収 申 請	満考)
5	フリガナ	本人 ・ 家族	機	可 🗌
5	氏名	2025年 月 日	領収書金額 円 額 円	満考)
6	フリガナ	本人 ・ 家族	機 関 名 - A	可
U	氏名	2025年 月 日	領収書金額 円 額 円	満考)