任意継続被保険者用

・本申請書は、<u>日本年金機構健康保険組合の被保険者</u>のみ使用できます

				【別:
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	300	番号 (右詰め)			
フリガナ						
被保険者氏名 (振込口座名)						

《注意事項》

- 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。
- 2. 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。

■振込口座

補助金振込先	金融機関コード			金融機関名				
	支店コード			支店名				
	口座種別	普通	当座	口座番号				

申請額	(世帯合計	 	
			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に記入してください。 ※2 領収書は必ず < A4サイズの白紙(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			
	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	健保 使用欄		
	フリガナ	本人 ・ 家族	医 療 機	可 🗌		
		本人 · 家族	(t) 関 名	不可 🗌		
1		2025年	- 領 収 申 申	(備考)		
	氏名	2026年 月 日	一般 /			
	フリガナ	本人 ・ 家族	医 療 機	可 🗌		
	2927	本人 3 冰	名	不可 🗌		
2		2025年	領収申申	(備考)		
	氏名	2026年 月 日	祖 /			
	フリガナ	本人 ・ 家族	医 療 機	可 🗌		
	2427	本人 · 家族	Tix	不可 🗌		
3		2025年	領収申申	(備考)		
	氏名	2026年 月 日	a			
			医 療	可□		
	フリガナ	本人 ・ 家族	機 関 名	不可 🗌		
4		2025年	行 領 収	(備考)		
	氏名	2026年 月 日	書			
			医 医	可 🗌		
	フリガナ	本人 ・ 家族	療 機 関	不可 □		
5		2005 5	名	(備考)		
	氏名	2025年	申 事			
		2026年 月 日	金			
	フリガナ	本人 ・ 家族	療機	可		
6			関名	不可 🗌		
ľ	氏名	2025年	領収書請	(備考)		
		2026年 月 日				