

※領収書原本は、別紙の貼付台帳にしっかりと貼り付け申請書と一緒に提出してください。

## 記入例

### 被扶養者申込

健康保険の「記号・番号」を  
記入して下さい。

### 【申請者情報】

申請日 2025年12月26日

|               |          |           |            |       |
|---------------|----------|-----------|------------|-------|
| 被保険者等<br>記号番号 | 記号<br>番号 | 1<br>1××× | 被保険者<br>氏名 | 空野 太郎 |
| 社員番号          | 12345    | 会社名       | ANA〇〇〇株式会社 |       |

【予防接種対象者情報】※太枠内をご記入下さい。

|   | 接種者氏名 | 続柄 | 生年月日       | 接種日             | 接種費用   | 補助額 |
|---|-------|----|------------|-----------------|--------|-----|
| 1 | 空野 華  | 妻  | 1990年10月1日 | 2025年<br>12月20日 | 4,000円 | 円   |
| 2 | 空野 太陽 | 長男 | 2015年8月30日 | 2025年<br>11月20日 | 4,000円 | 円   |
| 3 | 空野 太陽 | 長男 | 2015年8月30日 | 2025年<br>12月20日 | 4,000円 | 円   |
| 4 |       |    | 年 月 日      | 2025年<br>月 日    | 円      | 円   |
| 5 |       |    | 年 月 日      | 2025年<br>月 日    | 円      | 円   |

### 申請期限

※当健保必着

太枠内をご記入下さい。

補助額合計

領収書の不備等が多くなっています。  
<注意事項>欄の記載内容を提出前に必ずご確認下さい。

### <注意事項> ※ご提出前に以下を必ずご確認下さい。

- 申請内容に不備があった場合は、被保険者所属会社を通して確認させていただきます。
- 被保険者(本人)及び当健康保険組合に加入していない家族の方の接種分は、申請できません。
- 2025年12月31日までに接種した分が申請対象です。
- 1人1回分のみ補助対象です。(2,000円を上限とした実費額を補助)  
ただし、13歳未満で2回接種した場合は、2回分を補助します。(1回につき2,000円を上限とした実費額を補助)
- 他の補助制度との併用は可能ですが、その補助額を差し引いた実費額が当健保の補助対象額となります。
- 領収書は、必ず**原本**をご提出下さい。領収書の返却はできません。
- 領収書に、以下の①～⑤がすべて記載されている必要があります。

①接種年月日

②接種者氏名（フルネーム）

③接種費用額

※複数人分まとめた合計額が記載されている場合は、領収書に医療機関にて内訳を記載いただくか、医療機関発行の明細書を添付して下さい。

④インフルエンザ予防接種費用であることがわかる旨の記載

⑤医療機関名

<例> 領収書

② 2025年12月1日

健保太郎 様

③ ¥4,000-

④ 但し、インフルエンザ予防接種代金として

⑤ 東京都△△区△△  
〇〇〇病院