

※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。

被保険者等の番号をご記入ください。
記号が「100」ではない方は、この申請書ではありません。

記入例

申請日	2026 年 12 月 1 日		
被保険者等 記号番号	記号 100	被保険者 氏名	空野 太郎
	番号 50×××		
住所	〒 123 - 0000 東京都大田区〇〇町△△丁目 1-1-1		
電話番号	03-1234-5678		

【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 太郎	本人	1964 年 11 月 1 日	2026 年 11 月 25 日	4,000 円	円
2	空野 花子	妻	1964 年 8 月 30 日	2026 年 11 月 25 日	4,000 円	円
3			年 月 日	2026 年 月 日	円	円
4			年 月 日	2026 年 月 日	円	円
5			年 月 日			

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ください。

申請期限：2027 年 1 月 8 日（金）※当健保必

＜注意事項＞ ※ご提出前に以下を必ずご確認ください。

- ❖ 補助金は、月末までに受付した分を翌月 25 日、当健保へ届出いただいている被保険者名義口座へお支払いいたします。
- ❖ 2026 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。（3,000 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 3,000 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 ① 2026 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