

※領収書原本は、別紙で提出してください。

※領収書と一緒に提出してください。

記入例

被扶養者申請書

インフルエンザ予防接種補助金申請書

健康保険の「記号・番号」を記入して下さい。
(マイナアプリ、資格確認書等で確認できます。)

【申請者情報】

申請日

2026 年 12 月 20 日

被保険者等

記号

1

被保険者

氏名

空野 太郎

記号番号

番号

1×××

社員番号

12345

会社名

ANA○○○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	2026 年 12 月 2 日	4,000 円	円
2	空野 太陽	長男	2015 年 8 月 30 日	2026 年 11 月 15 日	4,000 円	円
3	空野 太陽	長男	2015 年 8 月 30 日	2026 年 12 月 2 日	4,000 円	円
4			年 月 日	2025 年 月 日	円	円
5			年 月 日	2025 年 月 日	円	円
						補助額合計

申請

太枠内をご記入下さい。

(金) ※当健保必着

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。

＜注意事項＞ ※ご提出前に以下を必ずご確認ください。

- ❖ 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。
- ❖ 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△△

○○○病院