

※領収書は、申請書左上裏にホチキスにてしっかり貼り付けて下さい

記入例

被扶養者申請用

20

「記号・番号」は、お手元の
保険証を見ながら正しく記
入して下さい。

予防接種補助金申請書

【申請者情報】

申請日

2022 年 12 月 15 日

保険証 記号番号	記号 1	被保険者 氏名	空野 太郎
社員番号	番号 1×××	会社名	ANA○○○株式会社
電話番号	98765	メールアドレス	t.sorano@×××××.com
	03-△△△△-△△△△		

※電話番号及びメールアドレスは、この申請に関するお問い合わせ以外には使用いたしません。

【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	2022 年 12 月 5 日	4,000 円	円
2	空野 太陽	長男	2015 年 8 月 30 日	2022 年 11 月 3 日	4,000 円	円
3	空野 太陽	長男	2015 年 8 月 30 日	2022 年 12 月 5 日	4,000 円	円
4			年 月 日	2022 年		
5			年 月			

申請期限：2023 年 1 月 13 日（金）必着

領収書に不備がある場合や他の補助等
を利用して接種した場合は、申請を受付でき
ません。
提出前に、注意事項を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。

- ❖ 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。
- ❖ 2022 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）
- ❖ 他の補助制度や割引等との併用はできません。医療機関の定価で接種した場合のみ申請対象です。
- ❖ 領収書は、必ず原本をご提出下さい。
- ❖ 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 2022 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