

※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

ANA グループ健康保険組合

被扶養者申請用

2026 年度インフルエンザ予防接種補助金申請書

【申請者情報】

申請日			年	月	日
被保険者等	記号		被保険者		
記号番号	番号		氏名		
社員番号			会社名		

【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			年 月 日	2026 年 月 日	円	円
2			年 月 日	2026 年 月 日	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	2026 年 月 日	円	円
						補助額合計
申請期限：2027 年 1 月 8 日（金）※当健保必着						円

＜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△△

〇〇〇病院

－ インフルエンザ予防接種費用領収書貼付台紙 －

記号	番号	被保険者氏名	会社名	貼付枚数
				枚

以下に領収書原本を貼付してください。領収書原本の返却はできません。

貼 付