

健康保険 インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書

被保険者証 の記号番号	記号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	申請日	令和	年	月	日
	番号										
被保険者 氏名と印	フリガナ	印	被保険者 住 所	〒			電話	()	
補助金振込先 (被保険者名義)	銀行			本店		普通					
	信用金庫			支店		当座					
	口座番号	口座名義(カナ)									

	受診者氏名	続柄	接種日 【2回法の場合は、2回目もご記入ください】			申請金額 【実際にかかった費用】	支給金額 【※記入しないでください】				
			1回目	令和	年	月	日	円	円		
①			1回目	令和	年	月	日	円	円		
			2回目	令和	年	月	日				
②			1回目	令和	年	月	日	円	円		
			2回目	令和	年	月	日				
③			1回目	令和	年	月	日	円	円		
			2回目	令和	年	月	日				
④			1回目	令和	年	月	日	円	円		
			2回目	令和	年	月	日				
⑤			1回目	令和	年	月	日	円	円		
			2回目	令和	年	月	日				
合計人数		人	合計申請金額			円	円				

【申請上の注意事項】

- 補助金対象になる予防接種期間
令和6年10月1日から令和7年2月28日まで
- 補助の対象者
接種日に当健康保険組合の被保険者および被扶養者の資格を有する方。
- 補助金額
1人につき5,000円(税込)を上限として、インフルエンザ予防接種にかかった費用を補助します。
※2回法の場合は、2回終了時に、世帯で申請される場合は、全員分をまとめ、一括での申請をお願いします。
- 申請方法
次の2点を当健康保険組合に郵送にてご提出下さい。
・インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書
・領収書(原本)
※領収書受取時に、①インフルエンザ予防接種代金であること、②接種日、③接種を受けた者全員の氏名、
④被接種者ごとの接種費用の内訳の記載があることを確認し、記載漏れがある場合には医療機関に記入を
お願いして下さい。
- 申請期限
令和7年3月11日(火)必着
※申請期限後に到着したものについては、補助金をお支払いできない場合がございます。予めご了承下さい。
※会社の集団予防接種を受けられる方は、健保への申請は不要です。社内のイントラネットにて実施要領を
ご確認下さい。
- 送付先
〒222-8563 神奈川県横浜市港北区新横浜1-5-5 マクニカ第2ビル マクニカ健康保険組合 宛
<社内便の場合>
マクニカ第2ビル 2階 マクニカ健康保険組合 宛