

健保記入欄	常務理事	事務長	係		決定日	・	・	支給決定額
					支給日	・	・	
								円

受付日付印

インフルエンザ予防接種補助金申請書（令和7年度）

補助金申請は、被保険者及び予防接種を受ける予定のご家族（13歳未満の2回接種対象者含む）全員が終了してからまとめて申請してください。

年 月 日 申請

申請者	健康保険の 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者氏名				
	事業所 (☑を付ける)	<input type="checkbox"/> 関東いすゞ自動車 <input type="checkbox"/> いすゞ産業 <input type="checkbox"/> 北関東自動車工業 <input type="checkbox"/> KIGサービス		勤務先 (支店名等)				
委任欄	本請求に基づく補助金の受領を 適用事業所の事業主 に委任します。 ↓ 押印省略のため必ず自書してください。 年 月 日 被保険者名							
予防接種を受けた人	氏名	続柄	年齢	種別	接種年月日	窓口支払額 (1回ごと)	補助額 【健保記入】	
		本人		経鼻フルミスト	1回目	年 月 日	円	円
		家族		<input type="checkbox"/>	2回目	年 月 日	円	円
		本人		経鼻フルミスト	1回目	年 月 日	円	円
		家族		<input type="checkbox"/>	2回目	年 月 日	円	円
		本人		経鼻フルミスト	1回目	年 月 日	円	円
		家族		<input type="checkbox"/>	2回目	年 月 日	円	円
		本人		経鼻フルミスト	1回目	年 月 日	円	円
		家族		<input type="checkbox"/>	2回目	年 月 日	円	円
		本人		経鼻フルミスト	1回目	年 月 日	円	円
		家族		<input type="checkbox"/>	2回目	年 月 日	円	円
		本人		経鼻フルミスト	1回目	年 月 日	円	円
		家族		<input type="checkbox"/>	2回目	年 月 日	円	円

【申請上の注意事項】 ※詳細は当組合HP又は事業所内で回覧・掲示されているお知らせをご覧ください。

- 二重線枠内を全てご記入ください。（「続柄」については該当する方を○印で囲ってください）
また、経鼻型ワクチン（フルミスト）を接種した場合のみ「種別」欄に☑を入れてください。
- 医療機関から発行された「補助金支給の必要事項が書かれた領収書」（コピー可）を添付してください。
領収書への記載事項詳細は、当組合HP又は事業所内で回覧・掲示されているお知らせをご参照ください。
必要事項の記載がない領収書では補助金支給対象となりません。
- 13歳未満の方で経鼻型ワクチンを接種した場合は、領収書（又は医療費明細書）に医薬品名（フルミスト）の記載も必須事項となります。医薬品名の記載がない場合、通常のインフルエンザワクチンとしての補助額適用となります。