ホチキス

任意継続被保険者

令和８年度インフルエンザ予防接種補助金申請書

請求年月日：令和　　年　　月　　日

被保険者等記号・番号	任意継続被保険者 ９０００　－	被保険者氏名	

接種者氏名		接種者の区分	被保険者 ・ 被扶養者	※組合使用欄
接種日	令和　　年　　月　　日	予防接種代 （領収書金額）	円	
接種者氏名		接種者の区分	被保険者 ・ 被扶養者	※組合使用欄
接種日	令和　　年　　月　　日	予防接種代 （領収書金額）	円	
連絡先	自宅　・　携帯	－　　－		※合計
実施期間	令和８年１０月１日（木）～令和９年１月３１日（日）			
提出期限	令和９年２月４日（木）必着			

【注意事項】

１．この申請書に予防接種代金の領収書（インフルエンザ予防接種代とわかるもの）をホチキスで左上に留め、健康保険組合健康管理課へ送付してください。

２．被保険者、被扶養者とも実費もしくは上限2,000円までのいずれか低い額を補助いたします。
請求は、本年度１回限りとなります。（別々に接種された場合でも２名一緒に請求してください）

３．この申請により取得する個人情報は、補助金支払事務等を目的に利用いたします。

４．ご不明な点は、健康保険組合健康管理課「電話番号（052）935-7681」までお問合せください。

５．※は組合使用欄です。