



任意継続被保険者

令和7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	被保険者氏名 9000 -	

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7年10月1日(水)～令和8年1月31日(土)			
提出期限	令和8年2月2日(月)必着			

【注意事項】

- 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。
- 被保険者、被扶養者とも実費もしくは上限2,000円までのいす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）
- 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。
- 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。
- ※は組合使用欄です。