

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号・番号	記号		コーポレートID	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
		番号								
	被保険者 氏名	フリガナ (自 署)								
	被保険者 住所	〒								
連 絡 先	(電話)					(メール)※会社以外のメールアドレスへ連絡希望の場合に記入				
申 請 内 容		接種者氏名	接種者 続柄	接種年月日 (2回法の場合は2回目の記入も必要)				申請金額 (領収書の金額)		
	1			1回目	令和	年	月	日	円	
				2回目	令和	年	月	日		
	2			1回目	令和	年	月	日	円	
				2回目	令和	年	月	日		
	3			1回目	令和	年	月	日	円	
				2回目	令和	年	月	日		
	4			1回目	令和	年	月	日	円	
				2回目	令和	年	月	日		
	5			1回目	令和	年	月	日	円	
2回目				令和	年	月	日			
合計人数		人		合計申請金額				円		

支 給 方 法	※支給方法については以下の通りです。 ①在職者は会社の給与に合算して支給 ②任意継続者は給付金振込先口座へ振込 ③退職者は支給時に確認	健 保 記 入 欄	支給額	円	令和 年 月 日提出
					受付日付印

補助金対象になる予防接種期間
◎ 当年度10月1日から2月末日まで

補助金対象者
◎ 接種日に当健康保険組合の資格を有する被保険者と被扶養者

補助金金額
◎ 1人につき1,500円(税込)を上限とし予防接種にかかった費用を補助

申請方法
◎ 2回法の場合は2回目の終了後・世帯で申請の場合は全員まとめて一括申請
◎ 当健康保険組合宛にこちらの申請書(必要事項すべて記入)と領収書(原本)を提出
領収書に下記の必須項目が全て記載されていることをご確認ください。
a.「インフルエンザ予防接種代」と明記 b.接種日付 c.接種者の保険証氏名
※領収書に「インフルエンザ予防接種代」の記載がなく医療費明細書に記載されている場合は、領収書と明細書両方の添付でも可。

申請期限
◎ 令和8年3月10日(火)必着
※申請期限を過ぎたものは補助金をお支払できませんのでご了承ください。

申請書提出先
〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1 BLUE FRONT SHIBAURA TOWER S 17F
シミックグループ健康保険組合 宛

その他
◎ 電子申請で申請済みの方や会社の集団予防接種を受けられる場合は当健康保険組合への請求は不要です。

留意事項
● 申請金額欄には実際に支払った金額をご記入ください
(当健康保険組合からの支給額は健保補助上限金額までとなりますのでご注意ください)
● 接種日に当健康保険組合の資格のない方は補助金の対象外です