

健保記入欄	伺年月日	令和 年 月 日	決定伺	常務理事	事務長		担当者
	補助金額	¥					

インフルエンザ予防接種補助金申請書

MYHEALTHWEB (マイヘルスウェブ) での申請ができない方は、申請書 (紙) で申請してください。

申請期間 : 11月1日 ~ 翌年2月20日 健保必着

静岡鉄道健康保険組合理事長 殿	
住所	_____
代表被保険者の氏名	_____
令和 年 月 日	
下記の通り申請致します。	

記号	番号	受診者氏名	本人 家族	接種 回数	接種日			接種料金	補助金
					年	月	日		
1			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	回目				円	円
2			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	回目				円	円
3			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	回目				円	円
4			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	回目				円	円
5			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	回目				円	円
6			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	回目				円	円
7			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	回目				円	円
8			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	回目				円	円

確認欄 (✓をつけてください)	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人 (被保険者) が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
<input type="checkbox"/>	

委任状	<input type="checkbox"/> 上記の申請について事業主を代理人と定め、本補助金の受領を委任します。 令和 年 月 日
-----	---

接種後に被保険者本人が健康保険組合の資格を喪失された又は喪失される予定の場合はご本人の振込口座をご記入ください。
()銀行()支店 口座番号() 口座名義人カナ氏名()

- 2025.4 受付日付印
- ・予防接種自己負担額について1人1回(小学生以下は2回まで) **3,000円**を上限に補助します。
 - ・健康保険組合の補助は加入者自己負担額に対する補助のため、会社が全額負担している場合は補助対象外です。
 - ・補助金は会社を通じて被保険者へお支払いいたします。接種後に当健康保険組合の資格を喪失された方または喪失される予定の方はご本人の口座へお振込みいたしますので、委任状欄下部に振込口座をご記入ください。
 - ・65歳以上で市町の補助を受けられる方はそちらを優先とし、健保の補助は対象外とします。
 - ・小学生以下の方等で2回接種した場合は、1回目、2回目を分けてご記入ください。
 - ・領収書原本(①接種者氏名 ②接種料金 ③医療機関名 ④接種年月日 ⑤但し書「インフルエンザ予防接種代」が記載されたもの)を添付してください。(但し書きについては、「インフルエンザ予防接種済証」の添付でも可)
必要事項不足の場合は医療機関へ追記をご依頼ください。追記ができなかった場合は被保険者が必要事項を記入し押印してください。