

インフルエンザ予防接種補助金申請書

令和 年 月 日

① 被保険者証の記号・番号		②被保険者氏名		③事業所名称		
記号		④ (自署した場合印省略可)		④所属部署		
番号						
予防接種を受けた方 のお名前		被保険者 との続柄	予防接種を受けた 医療機関名	かかった費用 (領収証記載額)	個人負担額	補助金額
		本人			－ 1,000	

- 1) 補助の対象となるインフルエンザ予防接種期間は、毎年度 10 月 1 日～1 月末日までのものに限りします。
- 2) 補助の対象となる方は、当健康保険組合の被保険者（社員・再雇用者・任意継続者、産休／育休／休職者を含む）です。
- 3) 補助金額は、個人負担額（1,000 円）を超過する接種費用を、一人につき年度内に 1 回補助いたします。
- 4) インフルエンザ(季節性または新型)以外の予防接種は、補助対象外となります。
- 5) 申請書の提出は領収書（原本）を貼付して、健保組合へ提出してください。【2 月末迄 必着】

【領収書添付欄】

領収書には以下のすべての記載があるものに限りします。
 ①インフルエンザ予防接種代であることが明記されていること。
 ②予防接種を受けた者の氏名が記載されていること。
 ③予防接種を受けた日付が記載されていること。
 ④予防接種を受けた医療機関名が記載されていること。

【申請書の送付先】・・・社内便でも結構です。

〒153-8636 東京都目黒区中目黒 2-9-13 スタンレー電気健康保険組合 TEL:03(6866)2601

※ゆうちょ銀行除く 振込先口座（被保険者本人）	金融機関名※	銀行・信用金庫・農協・労働金庫									
	支店名	支店・本店									
	預金種別	普通	・	当座	・	貯蓄	口座番号				
	フリガナ										
	名 義										