※受付日付印

※組合記入欄	補助金支給決定額
	円

事務長	担当者

インクが消えない黒いペン（ボールペン等）でご記入ください

領収書原本を（コピー不可）を裏面（２／２）に貼付してください　令和　　年　　月　　日　申請

インフルエンザ予防接種補助金申請書（1/2）

被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所名（任継者は「任意継続被保険者」、特退者は「特例退職被保険者」と記入）
	８８０		特　例　退　職　被　保　険　者
被保険者氏　名		自宅住所	

接種を受けた方の内訳　※欄は記入しないでください

	氏　名	続柄	年齢	接　種　日	支払った金額	補助金決定額
被保険者		本人	歳	1回目:R　年　月　日	円	※ 1,000円
				2回目:R　年　月　日	円	2,000円
	高齢者助成制度	無 ・ 有 →		市区町村名:		円
	氏　名	続柄	年齢	接　種　日	支払った金額	補助金決定額
家族1			歳	1回目:R　年　月　日	円	※ 1,000円
				2回目:R　年　月　日	円	2,000円
	高齢者助成制度	無 ・ 有 →		市区町村名:		円
	氏　名	続柄	年齢	接　種　日	支払った金額	補助金決定額
家族2			歳	1回目:R　年　月　日	円	※ 1,000円
				2回目:R　年　月　日	円	2,000円
	高齢者助成制度	無 ・ 有 →		市区町村名:		円
	氏　名	続柄	年齢	接　種　日	支払った金額	補助金決定額
家族3			歳	1回目:R　年　月　日	円	※ 1,000円
				2回目:R　年　月　日	円	2,000円
	高齢者助成制度	無 ・ 有 →		市区町村名:		円

事業所担当者印

＜＜＜＜申請書提出先＞＞＞＞

〒１４１－００３１
東京都品川区西五反田２－２９－５　日幸五反田ビル３階
日揮健康保険組合　担当：式田　圭佑
ＴＥＬ：０３－５４３７－６５４０（代表）／０３－５４３７－７８４４（特退窓口）

インフルエンザ予防接種補助金申請書（2/2）

被保険者証の	記号	８８０	氏名		両面印刷の場合は、省略可
	番号				

領収書　貼付欄

領収書の原本を
接種日、氏名、領収金額が見えるように
のり付けしてください。
（ホッチキス留め不可）

領収書に「インフルエンザ」と記載されている場合は

「インフルエンザ予防接種済証」「明細書」の添付は必要ありません。

⚠ 注意事項

1．領収書原本はお返しできませんので、必要がある場合はコピーをしてください。
2．医療機関名、接種日、接種者の氏名、予防接種の名称、接種料金
が領収書に記載されているか、必ず確認してください。
3．家族が同日に同医療機関で接種し、家族の合計額としての領収書を１枚しか発行してもらえない場合は、その領収書に「誰が」「いくら」で「何の」接種を受けたのか明記してもらうよう、医療機関へ依頼してください。（手書き可）
4．経鼻型インフルエンザワクチン「フルミスト」等は、2 歳から 19 歳未満の方、1 回のみ補助の対象となります。

【申請上の注意】

対象者	日揮健康保険組合の被保険者・被扶養者で、接種日に資格を有する者。	
申請方法	接種を受けた方が複数いる場合は、接種日が異なっていても出来るだけ、１枚の申請書にまとめて申請してください。ただし、保険証の記号・番号が違う場合は、別々の申請となります。	
接種期間	１０月１日から**翌年１月末日**。	
申請期間	１０月１日から翌年２月末日。２月末日までに組合で受け付けをした分までとなります。	
補助回数及び補助金額	・1 人につき 1 回、**2,000 円を上限**に補助します。2,000 円未満の場合は、実費を補助。 ・2 回接種の場合は、2 回分の接種料金の合計額に対して 2,000 円を上限に補助。 ・65 歳以上を対象とした高齢者助成制度（法定制度）を利用した場合は、1,000 円を上限に補助。　接種料金が 1,000 円未満の場合は、実費を補助。 ・その他の自治体の助成制度を利用した場合は、自治体補助後の自己負担分が補助の対象。	
	補助額の例	窓口で 3,600 円支払った ⇒ 2,000 円補助 2 回に分けて接種（各 1,900 円）、窓口で合計 3,800 円支払った ⇒ 2,000 円補助 ※1 回分（1,900 円）のみでの申請の場合 ⇒ 1,900 円補助 自治体から 1,500 円助成があり、窓口で 1,800 円支払った ⇒ 1,800 円補助 窓口で 2,500 円支払った後、自治体から 2,000 円還付（自己負担分 500 円） ⇒ 500 円補助 高齢者助成制度を利用し、窓口で 2,300 円支払った ⇒ 1,000 円補助