

【お願い】 領収書（原本）を裏面に糊づけしてください。

（様式第1号）

インフルエンザ予防接種 補助金申請書

澁澤健康保険組合 理事長殿

提出日 令和 年 月 日

被保険者証	記号 番号一 枝番 -	氏 名	
実施人数		補 助 金 請求合計額	円

【請求内訳】（1名の場合もご記入ください）

氏 名	性別	生 年 月 日 年 月 日	続柄	接種した日 年 月 日	補助金請求額
	男 女	昭 平 令		令和	
	男 女	昭 平 令		令和	
	男 女	昭 平 令		令和	
	男 女	昭 平 令		令和	
	男 女	昭 平 令		令和	
	男 女	昭 平 令		令和	
	男 女	昭 平 令		令和	
合 計					

◇領収書（原本）を添付してください

（領収証は返却いたしません。インフルエンザ予防接種は医療費控除の対象となりません。）

領収証に必要な記載事項

- ①「インフルエンザ予防接種代」と明記 ②接種を受けた対象者の氏名 ③医療機関名
④接種年月日
・小学6年生までのお子様で2回接種した場合は、2回分の領収書または2回分と確認できる領収書
（2回分の接種日の記載必須）を添付してください。（2回分の確認ができない領収書では1回分の
補助になります）

【補助内容】

- ①補助の対象は、予防接種時に被保険者及び被扶養者である者です。
②補助の対象となる予防接種は、毎年10月1日から12月末日までに接種したものです。
③補助額は、年度当たり、1人1回2,000円を限度とします。
ただし、小学6年生までのお子様で対象期間内に2回接種を受けた人は、1人2回まで（計4,000円）
を補助します。

【請求・支払方法等】

- ①この補助金申請書には、必ず医療機関発行の領収書（原本）を添えてください。
②この申請書は事業所（会社）を経由して当該年度の2月末日までに健保組合へ提出してください。
③できるだけ被保険者及び被扶養者の接種分を取りまとめて、ご家族単位で申請してください。