【別紙1】

一括（拠点）申請用

本申請書は、日本年金機構健康保険組合の適用事業所のみ使用できます

健保使用欄	常務理事	事務長	課長	担当者

インフルエンザ予防接種補助金申請書

（太枠内を記入のうえ、同意欄へチェックを入れてください。）

西暦　　年　　月　　日

拠点名	日本年金機構 （本部の方は、部（室）名を記入してください）	グループ（課）名	
		担当者名	
		電話番号	
医療機関名		接種者人数（内訳）	
		被保険者（本人）	
		被扶養者（家族）	
		合　計	

《注意事項》

1. この一括申請書は、拠点で予防接種を実施した場合に使用してください。
2. 医療機関発行の領収書（原本）を添付してください。
   ＜領収書について＞
   一括発行の場合 → 実施日、金額と人数記載のものを1枚添付
   個別発行の場合 → 実施日、金額と氏名記載のものを申請人数分添付
   ※領収書は、必ず＜A4サイズの用紙（別紙）＞に貼付してください。
3. 申請額（補助額）は、**被保険者および被扶養者1人あたり3,000円（税込）が上限**です。予防接種を2回受けた場合でも、補助は1回分のみ申請してください。
4. 記入欄が足りない場合は、行を追加してください。
5. **下記事項に同意のうえ、同意欄に必ず☑してください。**

・健保組合からの振込は日本年金機構宛てとなりますので、本補助金の代理受領について同意をお願いします。
・申請者への支払は日本年金機構から給与口座への振込となります。
・同意のない場合は支払できませんのでご留意ください。

※ 健康保険記号・番号は被保険者（職員）に確認のうえ、必ず記入してください
※ 枝番の記入は不要です

No.	健康保険		接種者氏名	フリガナ	本人・家族	接種日（西暦/月/日）	領収書金額（円）	申請額（円）	同意欄
	記号	番号							
例	100	99999	健保　太郎	ケンポ　タロウ	本人	2026/11/1	3,500	3,000	☑
1									☐
2									☐
3									☐
4									☐
5									☐
6									☐
7									☐
8									☐
9									☐
10									☐
11									☐
12									☐
13									☐
14									☐
15									☐
16									☐
17									☐
18									☐
19									☐
20									☐

【別紙1】

※ 枝番の記入は不要です

No.	健康保険		接種者氏名	フリガナ	本人 ・ 家族	接種日 （西暦/月/日）	領収書 金額 （円）	申請額 （円）	同意欄
	記号	番号							
21									□
22									□
23									□
24									□
25									□
26									□
27									□
28									□
29									□
30									□
31									□
32									□
33									□
34									□
35									□
36									□
37									□
38									□
39									□
40									□
41									□
42									□
43									□
44									□
45									□
46									□
47									□
48									□
49									□
50									□
51									□
52									□
53									□
54									□
55									□
56									□
57									□
58									□
59									□
60									□