

個別(被保険者)申請用

健保 使用 欄	常務理事	事務長	課長	担当者

・本申請書は、日本年金機構健康保険組合の被保険者のみ使用できます

## インフルエンザ予防接種補助金申請書

(本補助金申請を希望する被保険者は、太枠内を記入してください。)

■申請者(被保険者本人) ※校番の記入は不要です

被保険者証 記号 100	番号 (右つめ)								所属 <input type="checkbox"/> 本部 <input type="checkbox"/> 事務センター <input type="checkbox"/> 年金事務所	(部(室)・グループ名を記入してください)
職員番号										(事務センター名称、又は事務所名称を記入してください)
フリガナ	同意								【同意欄について】 ・支払は日本年金機構から給与口座への振込となります。 ・健保組合からは日本年金機構へ振込となりますので、本補助金の代理受領について同意をお願いします(〇印を記入)。 ・同意のない場合は支払できませんのでご注意ください。	申請額(世帯合計) 円
被保険者 氏名										

■申請内容(接種者情報)

※1 被保険者のみの場合も必ず以下の欄を記入してください。 ※2 領収書は必ずA4サイズ(別紙)に貼付してください。

接種者名	続柄・接種日				医療機関名・領収書金額・申請額				健保 使用 欄	
	※続柄、年の該当部分に〇印				※申請額は、領収書金額が3,000円以上の場合3,000円、3,000円未満の場合は領収書金額を記入してください					
フリガナ	本人・家族				医療機関名					可 <input type="checkbox"/>
氏名	2024年				領収書金額	円		申請額	円	不可 <input type="checkbox"/>
	2025年					円				円
フリガナ	本人・家族				医療機関名					可 <input type="checkbox"/>
氏名	2024年				領収書金額	円		申請額	円	不可 <input type="checkbox"/>
	2025年					円				円
フリガナ	本人・家族				医療機関名					可 <input type="checkbox"/>
氏名	2024年				領収書金額	円		申請額	円	不可 <input type="checkbox"/>
	2025年					円				円
フリガナ	本人・家族				医療機関名					可 <input type="checkbox"/>
氏名	2024年				領収書金額	円		申請額	円	不可 <input type="checkbox"/>
	2025年					円				円
フリガナ	本人・家族				医療機関名					可 <input type="checkbox"/>
氏名	2024年				領収書金額	円		申請額	円	不可 <input type="checkbox"/>
	2025年					円				円
フリガナ	本人・家族				医療機関名					可 <input type="checkbox"/>
氏名	2024年				領収書金額	円		申請額	円	不可 <input type="checkbox"/>
	2025年					円				円