個別(被保険者)申請用

・本申請書は、<u>日本年金機構健康保険組合の被保険者</u>のみ使用できます

健保	常務理事	事務長	課長	担当者
健保使用欄				

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)	※枝番の記入は不要です

被保険者証	記号	100	番号 (右つめ)				所	□ 本部	(部(室)・グループ名を記入して	ください)
職員番号							属	□ 事務センター□ 年金事務所	(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		意欄について】 払は日本年金機構か	ら給与口座への振込となります。	申請額(世帯合計)
被保険者 氏名							金の)代理受領について同	金機構へ振込となりますので、本補助 意をお願いします(〇印を記入)。 できませんのでご留意ください。	円

■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サイズの用紙(別紙) > に貼付してください。

		続柄・接種日	医療機関名・領収書金額・申請額	健保 使用欄		
	接種者名	※続柄、年の該当部分に〇印	※申請額は、領収書金額が3,000円以上の場合は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	可		
1		717 MM	名	不可 🗌		
	氏名	2024年	領収書 請 申 請	(備考)		
	7.1	2025年 月 日	金			
	フリガナ	本人 • 家族	医 療 機	可		
2			名	不可		
2	氏名	2024年	領	(備考)		
	7.1	2025年 月 日	<u>金 </u>			
	フリガナ	本人 ・ 家族	医療機	可		
3		2147	名	不可 🗌		
J	氏名	2024年	領収書 請 申 請	(備考)		
	X 1	2025年 月 日	金			
	フリガナ	本人 ・ 家族	医 療 機	可		
4			男 名	不可 🗌		
1	氏名	2024年	領	(備考)		
	Xu	2025年 月 日	金 			
	フリガナ	本人 ・ 家族	医療機	可[
5			関 名	不可 🗌		
0	氏名	2024年	領	(備考)		
	L d	2025年 月 日	金			
6	フリガナ	本人 ・ 家族	医 療 機	可[
	2,727	かい かぶ	関	不可		
J	氏名	2024年	領収書 請 申 請	(備考)		
	NT	2025年 月 日	 			