【別紙2】

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
（日本年金機構の職員）

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

健康保険	記号	100	番号（右つめ）						所属	□ 本部	（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 □ 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	【 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留意ください。		申請額（世帯合計）		
被保険者氏名											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。

	接種者名		続柄・接種日 ※続柄、年の該当部分に〇印	医療機関名・領収書金額・申請額 ※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	健保使用欄
1	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □
	氏名		2026年 / 2027年 ＿＿月＿＿日	領収書金額 ＿＿＿＿円 申請額 ＿＿＿＿円	（備考）
2	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □
	氏名		2026年 / 2027年 ＿＿月＿＿日	領収書金額 ＿＿＿＿円 申請額 ＿＿＿＿円	（備考）
3	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □
	氏名		2026年 / 2027年 ＿＿月＿＿日	領収書金額 ＿＿＿＿円 申請額 ＿＿＿＿円	（備考）
4	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □
	氏名		2026年 / 2027年 ＿＿月＿＿日	領収書金額 ＿＿＿＿円 申請額 ＿＿＿＿円	（備考）
5	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □
	氏名		2026年 / 2027年 ＿＿月＿＿日	領収書金額 ＿＿＿＿円 申請額 ＿＿＿＿円	（備考）
6	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □
	氏名		2026年 / 2027年 ＿＿月＿＿日	領収書金額 ＿＿＿＿円 申請額 ＿＿＿＿円	（備考）