【別紙3】

任意継続被保険者用

・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

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

（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	300	番号（右詰め）					
フリガナ								
被保険者氏名（振込口座名）								

《注意事項》

1. 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、必ず別紙＜A4サイズの用紙＞に添付してください。
2. 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回分のみとなります。

■振込口座

補助金振込先							
	金融機関コード					金融機関名	
	支店コード					支店名	
	口座種別	普通	当座			口座番号	

申請額（世帯合計）
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に記入してください。　※2 領収書は必ず＜A4サイズの白紙（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 □ （備考）
	氏名		2024年 2025年　月　日	領収書金額　円　申請額　円	
2	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2024年 2025年　月　日	領収書金額　円　申請額　円	
3	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2024年 2025年　月　日	領収書金額　円　申請額　円	
4	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2024年 2025年　月　日	領収書金額　円　申請額　円	
5	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2024年 2025年　月　日	領収書金額　円　申請額　円	
6	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2024年 2025年　月　日	領収書金額　円　申請額　円	