【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任意継続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

健康保険	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＞①～④の項目が記載されていること
   ①接種年月日 ②「インフルエンザ予防接種」及び「金額」（※）
   ③接種者氏名（姓名） ④予防接種を受けた医療機関名称
   （※）診療明細書に記載されている場合は併せて提出してください。
   ※領収書は、必ず別紙＜A4サイズの用紙＞に貼付してください。

2. 申請額（補助額）は、被保険者及び被扶養者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、1回分のみ申請してください。

■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）

※ 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。

		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）