【記入見本】

2025年度 インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

日清紡健康保険組合の加入者に対して、インフルエンザ予防接種費用の一部を補助します。補助は1回のみで、2026年1月30日または3月31日に以下に記載された口座へ健保組合より振込みします。

- ・領収書の原本を裏面に必ずのりで貼ってください(領収書は返却いたしません)。
- ・領収書の宛名は必ず個人名宛で発行してもらってください。
- ・【被保険者・被扶養者情報】下のチェック項目を確認ください。

【被保険者·被扶養者情報】

フリガナ 被保険者氏名		社員コード(通番)				健康保険の記号·番号	
ケンコウ ヤスオ 健康 保夫			22	222	222	記号 77	番号 1111
会社名			事業所名			部署名	
NISO			〇〇事業所			〇〇部、〇〇課	
補助金申請対象者氏名および支払った予防接種代金(各人でご記入願います)							
氏名	金額	氏名			金額	氏名	金額
① 健康 健	3500 円	2 1	健康康	子	4000 ⊓	3	Ħ
4	円	5			円	6	円
振込口座 ●被保険者の口座に限ります。●必ず記入してください。							
銀行名	〇〇〇 銀行				※銀行コード		
支店名 ○○支店				※支店コード	支店コード		
口座種類	口座種類 普通・ 当座		口座番号		1111111		

※欄は健保組合で記入します。

レ 接種年月日

レ 医療機関名

▶ 接種費用(複数の場合、各人ごとの費用明細)

レ インフルエンザの予防接種代であることを示す記載

☆☆☆☆☆提出前に必ずチェック願います!☆☆☆☆☆

レ 被保険者情報などを全て記載しましたか?

□ 領収書の原本を裏面にのりで貼り付けましたか?

□ 被保険者名義の銀行名、支店名、口座種類、口座番号は記載しましたか? 間違いありませんか?

▶ 2025年10月1日~2026年2月15日の期間に接種していますか?

申請書は日清紡健康保険組合まで提出ください。直接ご郵送される場合は下記住所までご送付ください。また、ご不明な点などがありましたら、下記までご連絡願います。

〒103-8650 東京都中央区日本橋人形町 2-31-11

日清紡健康保険組合

TEL03-5695-8872 担当 中村 · 山田

※個人情報の保護について:この情報は健康保険の事業のみに使用し、その目的以外には使用致しません。