

記入例

支給決定伺

※記入・押印不要（健保使用欄）

同年月 日 令和 年 月 日 支払年月日 令和 年 月 日

保険証（表面）の
2行目にある
「記号」「番号」を
記入

定額

3,300円（上限額）* 4
+
3,000円* 2

円

インフルエンザワクチン接種補助申請書

健保補助限度額（消費税込み）：各人1回 3,300円（2回法の場合、各回3,300円）まで

【申請者記入欄】

被保険者証の記号	101	番号	12345	補助申請額	19,200		
受診者氏名	被保険者との続柄	生年月日	年齢	接種した医療機関名	接種日	接種代	どちらかを記入
健保 太郎	本人	×年○月△日	47	●●クリニック	令和 ×年○月 △日	3,500円	1回目
花子	妻	×年○月△日	44	●●クリニック	令和 ×年○月 △日	3,500円	1回目
一郎	長男	×年○月△日	9	●●ク	日	3,500円	1回目
二郎	次男	×年○月△日	7	●●ク	日	3,500円	1回目
一郎	長男	×年○月△日	9	●●クリニック	令和 ×年○月 △日	3,000円	2回目
二郎	次男	×年○月△日	7	●●クリニック	令和 ×年○月 △日	3,000円	2回目

病院窓口で
実際に
支払った額
を記載

補助額の上限を
超えているので、
補助申請額は上限額
(3,300円)で計算する

【被保険者分を申請する場合】
勤務する事業所で集団接種が実施さ
れている場合には、集団接種を受け
られなかった理由を記載してくださ
い。

備考 集団接種の日に体調不良となり、受けられなかったため

振込先 (国内銀行)	銀行コード	× × × ×	店番号	× × × ×	フリガナ	ケンポ タロウ
	フリガナ	●●××	フリガナ	○○△△	名義人	健保 太郎
	○×	銀行・信組 信金・農協	○△	支店	口座番号	○ × ○ × ○ × ○ (普通・貯蓄・当座)

※振込先は必ず被保険者ご本人の口座番号をご記入ください

上記のとおり請求します。

令和 ●●年 ×月 △日

被保険者
(申請者)

JVCケンウッド健康保険組合 殿

会社名：株式会社●●
所属：●●
所属TEL：○○○-××××
(〒 ●●●-△△△△)
自宅住所：東京都●●市○○町△△丁目××
氏名：健保 太郎
TEL：○○○ (△△△) ××××

健保

- 注意事項
- 医療機関による診療内容確認の為、「領収書」原本(コピーは不可)を「けんぽすこやかガイド」46頁の申請方法で添付してください。
 - 領収書には医療機関による次の項目の記載が必要です。記載が無い場合は返却させていただきます。
①受診者氏名(全員のお名前) ②受診内容：インフルエンザ予防接種 ③受診年月日(各人各回)
④金額が他の項目と一緒に記載されている場合は内訳がわかること ⑤医療機関名 ⑥医療機関の印または医師の認印
 - 領収書の宛名について、会社名、健保名が入った領収書は不可となります。(必ず受診者氏名で記載願います)
 - 集団接種実施事業所の被保険者は集団接種を受けていただくことを基本とします。やむを得ず個別で接種した場合は、その理由を備考欄に明記してください。
 - 被保険者・被扶養者のみ申請の対象となります。扶養されていない方(当健康保険組合未加入者)は対象外となります。
 - 補助対象期間は10月1日～12月31日の接種分です。1月以降の接種は補助対象外です。【提出期限1月31日(健保必着)】