

【ご注意】この申請書はPC環境が無い・スマートフォンをお持ちでない等の理由で、紙での申請を行う方用です。健保組合のWEB申請がお使いになれる方は極力そちらでの申請をお願いします。

提出先：加入者 ⇒ ニチレイ健康保険組合

健保記入欄 補助金支給額
円

常務理事	事務長	係	受付印

インフルエンザ予防接種補助金申請書（個人申請用）

申請日	令和 年 月 日	保険証記号・番号	—
会社・所属名		社員番号	被保険者の氏名
※この欄は被保険者本人の補助金申請欄です。被扶養者（家族）分がある場合は下段①から記入願います。			
本人欄	接種した病院名	接種日	令和 年 月 日
	予防接種費用 ※領収書の金額	会社負担額	円
		補助金申請額	円
家族①	被扶養者名	続柄	
	接種した病院名	接種日	令和 年 月 日
	予防接種費用 ※領収書の金額	円	補助金申請額 円
家族②	被扶養者名	続柄	
	接種した病院名	接種日	令和 年 月 日
	予防接種費用 ※領収書の金額	円	補助金申請額 円
家族③	被扶養者名	続柄	
	接種した病院名	接種日	令和 年 月 日
	予防接種費用 ※領収書の金額	円	補助金申請額 円
家族④	被扶養者名	続柄	
	接種した病院名	接種日	令和 年 月 日
	予防接種費用 ※領収書の金額	円	補助金申請額 円
補助金限度額		健保組合加入者1名につき年度内 1,000円	
補助金申請合計		円	

添付書類 領収書（コピー・PDF可）を添付してください。

⇒ 領収書には接種日、接種を受けた方の氏名、インフルエンザ予防接種と明記されている事が要件です。

【申請に当たっての注意点】

市区町村ですでに補助を受けている方は提出できません。（特に65歳以上の方は市区町村の補助を確認願います）

子供の予防接種2回分は、その内の1回分だけが補助金対象になります。

予防接種を受けた日に、ニチレイ健康保険組合の加入者（被保険者本人・被扶養者＝家族）である事が要件です。

予防接種期間は毎年10月～翌年1月末日に限ります。申請の最終締め切り日は2月末日となります。

補助金は原則、給与支給日に給与と共に給与口座に支給します。

問合せ・申請先：ニチレイ健康保険組合 〒104-8402 東京都中央区築地6-19-20 03-3248-2107

紙での申請の為、郵送・社内便のみを受け付けます。社内メールが使用できる方はWEBでの申請をお願いします。