

様式第1号

カヤバ健康保険組合 理事長殿

# インフルエンザ予防接種補助申請書

令和 年 月 日提出

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名			住所（居住地が日本の方のみ記入）		
記号	番号				都道府県	市区郡	町村
勤務先事業所名（該当する事業所名に✓を付けてください）							
[ ] 本社 [ ] 岐阜 [ ] 相模 [ ] 熊谷 [ ] 三重 [ ] 長野 [ ] けんしゅう [ ] 健保組合 [ ] JA [ ] タカコ [ ] 長岡カヤバ [ ] 生協 [ ] 金山カヤバ [ ] ロジスティクス [ ] 労働組合 [ ] KMS [ ] CS [ ] 任意継続 [ ] その他（ ）							
予防接種を受けた方	フリガナ 氏名	続柄	生年月日(年号に✓すること)			年齢(歳)	医療機関名・接種年月日
			昭	平	令		令和 年 月 日
			昭	平	令		令和 年 月 日
			昭	平	令		令和 年 月 日
			昭	平	令		令和 年 月 日
			昭	平	令		令和 年 月 日
記入欄 健保組合	補助金の算定（補助額×対象者） 1,000円 × 名 = 円						

## 《注意事項》

- 注1. この補助は、接種時において当組合の加入者（被保険者・被扶養者）を対象としています。  
※65歳以上又は予防接種法の制度（市区町村の支援券等）により公費負担で接種が受けられる方は、補助対象外となります。
- 注2. 申請時は**必ず「領収書」原本を添付**してください。  
※領収書には、受診内容（インフルエンザ予防接種と明記）、受診者名、接種日、医療機関名、金額が記載されていること。（受診者や明細が不明のレシート等では受付できません。）  
※領収書はのりやテープで貼らず、ホチキスカクリップで添付してください。
- 注3. この補助は、同一年度内で「一回/人」とし、¥1,000円の補助を行いません。  
※2回接種が必要な場合も1回分だけしか補助できません。
- 注4. 申請はご家族分を含め、まとめて記入の上提出願います。
- 注5. **任継加入者の方は振込口座をご記入ください。振込にてお支払します。**  
※一般加入者は給与にてお支払しますので記入不要です。

振込先	銀行・支店名	銀行		支店
	口座番号	普通・当座 NO.	フリガナ 口座名義	

## 《補助実施期間と申請締切日》

- インフルエンザ補助金の支給対象予防接種期間は、令和6年4月から令和7年2月末までとします。
- 本補助申請書の提出締切は令和7年3月7日（金）南工場健保組合必着です。

## 《本件の問合せ・郵送先》

カヤバ健康保険組合

〒509-0297 岐阜県可児市土田505

電話：0574-26-8732 内線：7-25-82980～82983

FAX：0574-26-1569

受付日付印