

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

記入例

令和6年11月14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	210	番号	3939	岐阜	都道府県 可児 市区郡 土田 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	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		
	氏名(氏名の間は1マスあける)								
	ケンボ タロウ	本人	✓	昭	平	令	3 5 0 6 1 0	64	土田クリニック
	健保太郎								令和6年10月30日
	ケンボ ハナコ	妻	✓	昭	平	令	3 8 1 2 2 5	60	土田クリニック
	健保花子								令和6年10月30日
									令和 年 月 日
									令和 年 月 日
									平成 年 月 日
記入欄	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、ホチキスか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	カヤバ		銀行	浜松町		支店
	口座番号	普通・当座 NO.	0012345	フリガナ 口座名義	ケンボ タロウ 健保太郎		

《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