

インフルエンザ補助申請概要 及び 申請書記入例 (国内接種用)

- <対象者> 被保険者・被扶養者 ※健保で扶養認定されていない方は補助対象外
- <対象補助> 2023年10月1日～2023年12月31日までの接種分 ※1人1回分のみ
- <補助額> 上限 2,000円 / 2024年3月25日に支給
- <提出期限> 2024年1月5日(金)
- <提出先・問合せ先> 各会社指定窓口
- <提出方法> 1家族1枚の申請書に纏めて記入。(※複数枚での提出不可)
扶養家族欄が足りない場合は、2枚提出してください。
領収書を添付し、指定窓口に提出。

【領収書に不備があると受付できません。①～⑤が記載されているか必ず確認してください】

*1人1枚 領収書(原本)が必要です。 ※レシート及びコピー・明細書のみ不可
家族分として纏まった場合は、必ず領収書に接種者の名前・1人あたりの金額を記入してください。

②接種者名(フルネームで)

領 収 書

青空 太郎 様

***年**月**日

¥3,000- (税込)

但し、インフルエンザ予防接種代金として

〇〇〇〇病院
東京都…………

①接種年月日

③支払った接種費用額

④インフルエンザ予防接種費用にかかる領収書である旨の記載がある事
(他の名称や記載無き場合は受理できません)

⑤医療機関名

記入例

申請日	2023年11月20日									
保険証 記号・番号	記号	1 0 0 0			0 0 1 2 3 4				被保険者氏名(カナ欄も必ずご記入下さい)	印
									空野 太郎	空野
会社名 / 部署名		全日本空輸(株)			社員番号(右づめ)				連絡先 (電話、または メールアドレス)	
<会社名>		客室センター			0 0 0 1 2 3				s.taro@ana.co.jp	

保健証番号と社員番号は異なります
必ず記入して下さい

シャチハタ可

不備有の際、ご連絡を差し上げます

● 予防接種補助申請者(被保険者)

氏名(カナ)	続柄	生年月日(西暦)	年齢	接種日	医療機関名	予防接種費用	健保補助額①
同上	本人	1967/6/9	56歳	11/15	青空診療所	3,000円	2,000円

生年月日はYYYY/MM/DDと入力してください

接種日はMM/DDと入力してください

領収書の接種金額

● 予防接種補助申請者(被扶養家族)

氏名(カナ)	続柄	生年月日(西暦)	年齢	接種日	医療機関名	予防接種費用	健保補助額
1 ソラノ ハナエ	配偶者	1968/9/19	55歳	11/15	青空診療所	3,000円	2,000円
2 ソラノ ワタル	三男	2001/10/1	22歳	11/10	青空クリニック	1,500円	1,500円
3						円	円
4						円	円

提出前に必ず確認してください

※ご提出前に必ず下記7項目をチェックしてください！

- 申請している家族はすべて健保の被扶養者ですか？
- 2回分の申請をしていませんか？(1回分のみ補助対象です。)
- 領収書は原本ですか？(レシート・コピー・明細書のみは不可)
- 領収書に接種した人の氏名(フルネーム)が記載されていますか？
- 領収書に「インフルエンザ予防接種費用」と記載されていますか？(記載無き場合は明細書も添付の必要があります)
- 領収書に受診者毎の金額が明記されていますか？(合計金額のみだと補助金計算が出来ないため不)
- 接種期限(12月31日)までに接種し、領収書にその日付が記載されていますか？

予防接種費用(家族)	4,500円	健保補助額合計②	3,500円
健保補助額合計 ①+②			5,500円

合計欄も記入。
金額の記入漏れがないように