

2025年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

- 必要事項にもれなくご記入の上、(株)イーウェルまで送付してください。
- 領収証は本申請書の裏面に貼付してください。

▼被保険者(申請者)の情報

所属団体	7134 味の素健康保険組合	
被保険者	住所	〒 111 - 1111 東京 都道府県 千代田 △△町1-2-3 ×××マンション 101
	フリガナ	(セイ) アジノ (メイ) タロウ
氏名	(姓) 味野	(名) 太郎

申請日	20〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日							
被保険者等記号	9	9	9	※左寄せでご記入ください				
被保険者等番号	1	1	1	1	1	1	1	※左寄せでご記入ください
生年月日(西暦)	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日							
日中連絡先	(携帯) 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 (自宅) 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 (会社) 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇							
連絡可能時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input checked="" type="checkbox"/> いつでも可							

個人情報の取扱いへの同意 (ご案内ページの最終項目参照)	<input checked="" type="checkbox"/> 同意しました。
---------------------------------	---

※同意いただけない場合、審査を開始できない為、補助金の支給が致しかねます。

注意事項

インフルエンザ予防接種補助金申請
補助対象者:味の素健康保険組合の加入者(※予防接種を受ける際に組合員資格を喪失されている場合は補助されません)
補助対象接種期間:2025年10月1日～2026年1月31日
補助申請期間:2025年10月1日～2026年2月28日(必着)
補助金額:2,500円(税込)
※補助金の支給は年度内1人1回限りです。
※接種費用が補助金額を下回る場合は実費を補助いたします

▼補助金を申請する方の情報をご記入ください ※複数回接種の場合は、費用支払いが一括でも毎回毎に記入してください

接種者氏名/接種機関名			続柄	予防接種名/接種日(西暦)			接種費用[税込]
接種者	フリガナ (セイ) アジノ (姓)	(メイ) タロウ (名)	本人	接種名 インフルエンザ 20〇〇年 11 月 1 日			3,100 円
	氏名 味野	太郎					
	フリガナ (セイ) アジノ (姓)	(メイ) ハナコ (名)	妻	接種名 インフルエンザ 20〇〇年 11 月 1 日			3,100 円
	氏名 味野	花子					
	フリガナ (セイ) アジノ (姓)	(メイ) イチロウ (名)	長男	接種名 インフルエンザ 20〇〇年 10 月 15 日			1,500 円
	氏名 味野	一郎					
	フリガナ (セイ) アジノ (姓)	(メイ) イチロウ (名)	長男	接種名 インフルエンザ 20〇〇年 12 月 15 日			1,500 円
	氏名 味野	一郎					
	フリガナ (セイ)	(メイ)		接種名 インフルエンザ 20 年 月 日			円
	氏名 (姓)	(名)					
フリガナ (セイ)	(メイ)			※注意事項※ 2回接種されている場合は、分けて記入してください			
氏名 (姓)	(名)						
フリガナ (セイ)	(メイ)			20 年 月 日			
氏名 (姓)	(名)						
フリガナ (セイ)	(メイ)			接種名 インフルエンザ 20 年 月 日			
氏名 (姓)	(名)						

※記入欄が足りない場合、コピーしてご利用ください。