

2024年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

簡単・便利なPepUpからの申請を
お勧めしています！！

受付No.

5

接種期間：2024年10月1日～2025年2月28日（接種日時点で当組合加入者に限りです）

申請締切：2025年3月10日（当組合**必着**）

送る前に以下の項目をチェックしてください。昨年度不支給だった原因が多かったものです。

- ☐ 補助は1家族に対して1年度につき1回限りです。まとめて1回で申請していますか？
- ☐ 接種時点で当組合の補助対象者（被扶養者・任意継続被保険者）ですか？
- ☐ **在職中の被保険者（従業員本人）は補助対象外です。**（産休・育休・病休を含みます）
- ☐ 領収書に「インフルエンザ予防接種代」と記載されていますか？「**予防接種代**」だけでは受付不可です。
- ☐ 領収書に接種年月日と接種者氏名、料金は記載されていますか？
- ☐ 領収書は原本ですか？**コピーや診療明細書のみでは受付できません。**

1. 申請者（被保険者）

太枠内 1. ～ 3. を記入してください

保険証	記号					会社名	
	番号		枝番	0	0		所属
被保険者	フリガナ					連絡先 (内線可)	() -
	氏名						

2. 補助金支給先（注意）振込先に誤りがあれば補助金は支給できません。

記号が**801・802・803以外** →被保険者（従業員本人）の口座を記入してください ※ゆうちょ銀行不可

銀行名		1.銀行 2.信金 3.農協 4.労金	支店名		1.支店 2.本店 3.出張所
口座番号 (右詰め)					
			カタカナで 口座名義		←被保険者 (従業員本人)名義

3. 接種者情報（任意継続被保険者以外の被保険者は補助対象外です）

	接種者氏名	続柄	生年月日	領収書合計金額	補助金支給額
	姓と名をそれぞれの欄に カタカナで記入してください	妻・長女 二男など	西暦で記入してください	2回接種の場合 その合計を記入	上限額は 4,000円です
1人目			西暦 年 月 日	円	円
2人目			西暦 年 月 日	円	円
3人目			西暦 年 月 日	円	円
4人目			西暦 年 月 日	円	円
5人目			西暦 年 月 日	円	円
6人目			西暦 年 月 日	円	円

提出先： 神戸本社内 川崎重工業健康保険組合 健康管理課 インフルエンザ係 行