

支給決定日	補助金支給決定額
年 月 日	人分 円

↑ 健保使用欄

常務理事	事務長	担当者

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

●申請者（被保険者）について記入

記 号		番 号	
事 業 所 名		支 店 名	
被保険者氏名			

●接種した人（被保険者・被扶養者）について記入

↓ 健保使用欄

氏名	年齢	続柄	接種日	窓口負担額	補助金額
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
				合計	円

○2～3ヵ月後に退職予定（退職予定日： 年 月 日）の方、
及び任意継続被保険者のみ、補助金振込先（被保険者の銀行口座）について記入

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
		普通		

上記のとおりインフルエンザ予防接種の補助金を申請いたします。

令和 年 月 日
被保険者 住 所
クラシエ健康保険組合 御中
氏 名
電話番号

<注意事項>・医療機関発行の領収書を別紙『領収書添付用紙』に貼り付けて下さい。
・接種期間：令和6年10月から令和7年1月末まで
・提出期限：令和7年3月10日 クラシエ健康保険組合 必着

領 収 書 添 付 用 紙

記 号		番 号	
事 業 所 名		支 店 名	
被保険者氏名			

医療機関が発行した“１人１枚”の「領収書」原本を貼り付けてください。

レシートは不可です。

被保険者・被扶養者分を、１枚の添付用紙と一緒に貼っていただいて

構いません。

尚、領収書には以下の記載が必要です。

- ・ いつ : 接種年月日
- ・ どこで : 医療機関名＋医療機関の印
- ・ 誰が : 接種を受けた人の氏名（会社名宛の領収書は不可）
- ・ 何を : インフルエンザ予防接種※
- ・ 接種費用 : 単価（円）

※例年、領収書に「予防接種」としか記載のないものが見受けられます。
必ず、「インフルエンザ予防接種」と記載があることをご確認ください。

<注意事項> ・ 接種期間：令和６年１０月から令和７年１月末まで
・ 提出期限：令和７年３月１０日 クラシエ健康保険組合 必着