

|       |          |
|-------|----------|
| 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     | 1 1 1 1 | 番 号   | 2 2 2 2 2 |
| 事 業 所 名 | クラシエ〇〇㈱ | 支 店 名 | 中央支店      |
| 被保険者氏名  | 健康 一雄   |       |           |

### ●接種した人（65歳未満の被保険者・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 |
|-------|----|----|------------|--------|------|
| 健康 一雄 | 40 | 本人 | 令和6年11月10日 | 3,500円 | 円    |
| 健康 優美 | 42 | 妻  | 令和6年10月30日 | 4,000円 | 円    |
| 健康 強志 | 12 | 長男 | 令和6年10月30日 | 3,000円 | 円    |
| 健康 良江 | 64 | 母  | 令和6年10月17日 | 2,800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6年 11 月 20 日

クラシエ健康保険組合 御中

〒 123-4567  
被保険者 住 所 〇〇市△△町8-9

氏 名 健 康 一 雄

電話番号 0123-45-6789

- <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     | 1 1 1 1 | 番 号   | 2 2 2 2 2 |
| 事 業 所 名 | クラシエ〇〇㈱ | 支 店 名 | 中央支店      |
| 被保険者氏名  | 健康 一雄   |       |           |

領 収 書

健康 一雄 様

3, 5 0 0 円

インフルエンザ<sup>\*</sup> 予防接種代 令和 6 年 11 月 10 日接種

〇〇クリニック ⑩

領 収 書

健康 優美 様

令和 6 年 10 月 30 日発行

4, 0 0 0 円

インフルエンザ予防接種代として  
接種日：令和 6 年 10 月 30 日

△△医院 ⑩

領 収 書

領 収 書

<注意事項>・接種期間：令和 6 年 1 0 月から令和 7 年 1 月末まで  
・提出期限：令和 7 年 3 月 1 0 日 クラシエ健康保険組合 必着