

申込締切

令和9年2月10日(水) 健保必着

係

事務長

常務理事

理事長

健保用

令和8年度イン

接種補助券を使用せずに申請する理由について
該当するものにチェックを入れてください。

～ 令和9年1月31日(日)

■ 接種補助券を使用せずに申請する理由(該当にチェック)

- ☐ ① 接種補助券の配付がなかったため ☒ ② 接種補助券を紛失したため
- ☐ ③ 今年度65歳以上になるが、市区町村の補助を受けられなかったため(補助券配付もなし)

■ 被保険者の情報

被保険者の記号番号	(記号) 11 (番号) 1234567	被保険者氏名	日特 次郎
被保険者生年月日	昭和・平成 3 年 2 月 2 日		

■ 補助を申請する対象者(接種者)の情報

接種者氏名	日特 花子	続柄	本人・家族
接種者生年月日	昭和・平成 29 年 5 月 5 日		
接種医療機関名	接種を受けた医療機関名を記入		
接種日(1回目)	令和 8 年 11 月 6 日	接種金額(1回目)	2,500 円
↓↓↓ 13歳未満(小学生以下)の方で2回接種した方のみ記入してください ↓↓↓			
接種日(2回目)	令和 8 年 12 月 10 日	接種金額(2回目)	2,500 円

上記のとおり請求いたします。

会社名: 日本特殊陶業株式会社

令和 8 年 12 月 23 日

所属: ○○部 ○○○課 ○○係

(電話) 000-1234-5678

被保険者氏名: 日特 次郎

【申請上の注意事項】※必ずお読みください

1 3歳未満の方で2回接種をした場合は、
2回目の接種日、接種金額もご記入ください。

① 補助金について

被保険者様の所属部署名をご記入ください。
※任意継続の方は記入不要です。

② 補助金について

接種1回につき3,000円までを補助(接種費用が3,000円以下の場合は実費額を補助)。

③ 申請方法について

こちらの補助申請用紙に必要事項を記入し、領収書(原本)を添付して、日特健保まで提出してください。

※13歳未満(小学生以下)の方で2回接種をした場合は、接種2回分の領収書を添付してください。

④ 領収書について

領収書は返却しません。必要な方はあらかじめコピーをとった上で原本をご提出ください。

添付する領収書(原本)には下記の記載が必須項目となります(レシート不可)。

①接種者氏名、②接種実施日、③接種者1人あたりの接種金額、④医療機関名、⑤医療機関の住所及び電話番号、

⑥インフルエンザ予防接種代であることが記載※されている(「予防接種」だけでは不可)

※領収書に明記がない場合は、接種済証コピー、診療明細などインフルエンザ予防接種と確認できる書面を領収書に添付でも可。

・今年度より、医療機関領収印は必須ではなくなりました。

⑤ 支給について

補助金は事業所経由で、毎月10日締め、2ヶ月後給与振込みとなります。

※事業所により支給日が異なる場合がございます。

任意継続の方は加入時に登録した口座へ毎月10日締め、2ヶ月後の月末に振込みします。

⑥ その他

補助申請用紙は、接種者1人につき1枚必要です。

65歳以上の方で、予防接種法によりお住まいの市区町村において補助の対象となっている方は日特健保の補助は利用できません。

経鼻噴霧式インフルエンザ生ワクチン(フルミスト)も、補助対象です。※補助券2枚を併用することはできません。

補助の対象は日本国内での接種に限ります。

健保受付印

健保用

領収書（原本） 添付用紙

※※ 必須項目 ※※

- ①接種者氏名 ②接種実施日 ③接種者1人あたりの接種金額 ④医療機関名 ⑤医療機関の住所及び電話番号
⑥インフルエンザ予防接種代であることが記載※されている（「予防接種」だけでは不可）

※領収書に明記がない場合は、接種済証コピー、診療明細などインフルエンザ予防接種と確認できる書面を領収書に添付でも可。

1回目接種領収書（原本）

領収書（原本） 添付用紙

※※ 必須項目 ※※

- ①接種者氏名 ②接種実施日 ③接種者1人あたりの接種金額 ④医療機関名 ⑤医療機関の住所及び電話番号
⑥⑦インフルエンザ予防接種代であることが記載※されている（「予防接種」だけでは不可）

※領収書に明記がない場合は、接種済証コピー、診療明細などインフルエンザ予防接種と確認できる書面を領収書に添付でも可。

2回目接種領収書（原本）

※13歳未満(小学生以下)で2回接種をした方のみ