

令和6年度インフルエンザ予防接種補助申請用紙

補助対象接種期間: 令和6年10月1日(火)～令和7年1月31日(金)

接種補助券を使用せずに申請する理由(該当にチェック)

<input type="checkbox"/>	①接種補助券の配付がなかったため
<input type="checkbox"/>	②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
<input type="checkbox"/>	③接種補助券を紛失したため

被保険者の情報

被保険者の記号番号	(記号)	(番号)
被保険者氏名		
被保険者生年月日	昭和・平成	年 月 日

補助を申請する対象者の情報

接種者氏名		続柄	
接種者生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
接種医療機関名			
接種日(1回目)	令和	年 月 日	接種金額(1回目) 円
↓↓↓13歳未満の方で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	年 月 日	接種金額(2回目) 円

上記のとおり請求いたします。

会社名

所属

(内線)

令和

年

月

日

被保険者氏名

【申請上の注意事項】※必ずお読みください。

※本文中の年齢は、令和7年3月31日時点での年齢となります。

1. 補助回数について

・年度内に1回の補助(ただし、13歳未満は年度内に2回まで補助します)。

2. 補助額について

・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)。

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医療機関領収印

⑦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。

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、補助対象となります。

・補助の対象は日本国内での接種に限ります。

領収書(原本) 添付用紙

(1回目接種領収書)

領収書(原本) 添付用紙

(2回目接種領収書) ※13歳未満で2回接種をした方のみ