工機ホールディングス健康保険組合　　御中

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱　者

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

私は個人情報の取扱いについて同意し、以下のとおり、
補助金の支給を申請します。

手書きでお願い致します。
その他の項目はPC入力可能です。

※被保険者氏名・委任状欄は入力できません。手書きでお願いし

①被保険者情報	提出日	令和6　年　12　月　25　日			※下記の①②　内をご記入ください。
	被保険者等記号・番号	記号：1	番　号：12345	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　ケンポ　タロウ 健　保　太　郎
	会社名(事業所名)	○○○○株式会社 ※任意継続者は記入不要です。		所属	人事総務部
				電話番号	(内線)　711-3741　(外線)　029-276-7437 ※任意継続者は記入不要です。
	自宅 住所	〒 ○○○ ー ○○○○ 東京都○○区○○○町○-○-○ ※内容確認のための書類を送付する場合があります。受取可能な住所をご記入ください。			
	自宅 電話番号	090-○○○○-○○○○ ※平日の日中に連絡可能な電話番号を(内線不可)をご記入ください。			

※接種内容は、被保険者(本人)１名の請求であっても、必ずご記入ください。

②接種内容	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	生年月日	接種日	接種費用(税込)	備考	健保記入欄(補助金額)
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ 健保　太郎	昭・平・令　48年　1月　1日	令和 6 年 11 月 20 日 令和　年　月　日	3,500 円 円	事業所にて接種	1,750
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ｹﾝﾎﾟ ﾊﾅｺ 健保　花子	昭・平・令　50年　2月　1日	令和 6 年 11 月 10 日 令和　年　月　日	4,000 円 円		2,000
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ｹﾝﾎﾟ ｹﾝﾀ 健保　健太	昭・平・令　15年　3月　1日	令和 6 年 11 月 10 日 令和　年　月　日	4,000		2,000
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ｹﾝﾎﾟ ﾔｽｺ 健保　保子	昭・平・令　17年　4月　1日	令和 6 年 11 月 10 日 令和 6 年 12 月 2	3,000 円 3,000 円		2,000
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ｹﾝﾎﾟ ﾔｽｵ 健保　康夫	昭・平・令　23年　5月　1日	令和 6 年 11 日 ,000 円	3,000 円		2,000
					合計	9,750

接種費用(税込)を入力すると補助額が自動で計算されます。

2回接種した場合は下段(2段目)に2回目をご記入下さい。

③委任状	
	工機ホールディングス健康保険組合　理事長　殿
	本請求に基づく給付金の受領を　　殿に委任します。
	令和6　年　12 月　25 日　　被保険者氏名　健保　太郎

●添付書類：領収書（原本）

領収書には次の記載が必要です。

- **接種者氏名(複数の方が接種した場合は全員の氏名)**
- **接種日　・接種費用(単価)　・医療機関名．医療機関印**
- **但書「インフルエンザ予防接種代」(予防接種のみでは不可)**

※事業所内接種等において、接種費用が給与引去りの場合は領収書の添付は不要です。
上記②接種内容の備考欄に「事業所内にて接種」とご記入下さい。

健康保険組合記入欄	受付日	出納日

K0820（R06.12）