

任意継続被保険者（本人）・被扶養者（家族）共通

<記入見本>

接種期限 〇〇〇〇年〇月末日まで
申請期間 〇〇〇〇年〇月末日まで必着

〇〇〇〇年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

全国労働金庫健康保険組合 御中

被保険者証（保険証）番号 100-〇〇〇〇〇 被保険者氏名 健保 太郎
住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇
東京都〇〇区〇〇1-10-1 TEL 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇



インフルエンザ予防接種を受けましたので、関係書類を添えて補助金の申請をします。

続柄※	接種者（カナ氏名）	性別	生年月日（西暦）			接種日（西暦）			支払った費用 （領収証を納掛け 枠に貼付）	健保記入欄 決定金額										
			年	月	日	年	月	日												
本人	ケンポ タロウ	1.男 2.女	1	9	5	1	1	1	0	1	2	0	1	9	1	1	3	0	4,000 円	
		1.男 2.女																	円	
		1.男 2.女																	円	

※配偶者の場合、妻、夫と記載してください。 ※子の場合、長男、二男と記載してください。

振込先金融機関 被保険者	金融機関 コード	〇〇〇	金融機関名	〇〇〇〇労働金庫	本支店 コード	〇〇	本支 店名	〇〇〇支店
	預金 種別	1：普通			座 番号	〇	〇	〇
	座 名義人	姓（カ）	ケン	ポ				
		名（カ）	タ	ロウ				

※被保険者名義に限ります。

領収証を貼付してください（枠より大きい場合は、別紙専用台紙へ貼付）

申請前に必ずお読みください

★対象者

- 被保険者・被扶養者 ※接種日に労金健保の任意継続被保険者資格を有すること
- 東振協提携方式の利用券による予防接種を受けていない者

★接種期限・申請期間・申請回数・申請方法

- 接種期限 〇〇〇〇年2月末日 申請期間は、労金健保に 〇〇〇〇年3月末日まで必着
- 年度1人1回 ※13歳未満については、2回接種分を併せて1回の申請可
- 申請は被保険者ごとの世帯一括で手続きをしてください。
- 下記の提出書類を労金健保へ郵送してください。

★提出書類

- インフルエンザ予防接種補助金申請書〈本紙〉
 - 個人ごとの領収証〈原本〉
- 注1) 領収証の記載内容（右記見本①～④）に不足がある場合は、補助金の支払いは出来ません。
- 注2) 病院の事情でインフルエンザの明記が不可能な場合は、「インフルエンザ 予防接種済証」の写しを添付してください。領収証の但し書きが「予防接種」だけの場合「診療報酬明細書」（写し）または、「インフルエンザ予防接種済証」（写し）が必要です。また、個人ごとの領収証発行が不可能な場合は、但し書きに接種者名・各金額を記載してもらってください。
- 注3) 提出された領収証は返却いたしません。

★個人情報について

本申請書及び添付書類に記載された個人情報は、労金健保の保健事業の目的以外に使用しません。

各種補助金には資格要件があります。詳細は「保健事業概要一覧」をご覧ください。

見本 領収証

①接種者氏名 XXXX年XX月XX日

②但書（注2） 金額 4,000円

③接種日（領収日でも可）

④医療機関名

但、インフルエンザ予防接種代

領収証を貼付してください（枠より大きい場合は、別紙専用台紙へ貼付）

健保使用欄 ※記入しないでください。			受付No.	備考	
検印	精査	担当	支払日	決定金額 (合計)	人
					円