

日清食品グループ健康保険組合 御中

健保受付印

インフルエンザ予防接種費用補助申請書
(被扶養者用)

申請日		日中の連絡先	
保険証記号		被保険者氏名	
保険証番号			

接種者氏名	年齢	続柄	接種年月日	接種医療機関名	接種費用
					円
					円
					円

※接種者が4名以上となる場合は本書をコピーしてまとめて申請してください。

振込先 情報 ※	金融機関名		金融機関コード		支店名		支店コード	
	種別	口座番号			口座名義人(カナ)			
	普通				口座名義人			

※接種者ではなく、被保険者の振込先情報をご記入ください。

【添付書類】 本申請書の他、以下1点をご提出ください。

- ① 接種医療機関発行の領収書のコピー
(接種者氏名・接種日・接種医療機関名、およびインフルエンザ予防接種の代金である
旨が明記されており、接種医療機関の領収印があるもの)

【提出先】

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷三丁目50-11 明星ビル4階
日清食品グループ健康保険組合 保健事業担当

【2024年度補助額上限】

インフルエンザ予防接種 補助上限額 被扶養者1名につき2,000円(税込)

※補助の回数は被扶養者1名につき、年度内で1回となります。

※2024年10月1日から2025年1月31日までの期間で接種されたもののうち、2025年2月20日までに
健保組合に到着した申請書が対象となります。

(健保組合使用欄)

補助金額
円

常務理事	事務長	担当