

令和6年度インフルエンザ予防接種補助金申請書〔個別申請用〕

◆太枠内を全て記入し、必要書類を添付して提出して下さい。

保険証の 記号・番号	—	被保険者氏名		連絡先電話番号 ()
事業所	名称	所属	(工場・支社)	(部署名)

◆個別申請理由 ※□にチェック

☐ 接種券/補助金申請書 を未受領	☐ 接種券/補助金申請書 を紛失
☐ その他（理由：	

◆接種について

接種者氏名	続柄	生年月日	接種日	接種費用
		平・令 年 月 日	月 日	円
		平・令 年 月 日	月 日	円
		平・令 年 月 日	月 日	円

申請書からはみ出さないように重ね付けして下さい。
領収書のり付け箇所（左とじ）

○ 対象接種期間

○ 申請書提出締切日

○ 対象者

○ 添付書類

○ 補助金額

○ 提出先

： 10月1日～翌1月31日(対象期間外の接種は補助対象外)

： **令和7年2月20日(木)健康保険組合必着** ※締切日を過ぎた場合は補助できません

： 生後6ヵ月～中学3年生の被扶養者(生年月日が2009年4月2日～2024年4月1日までの方)

： **領収書(原本) ※内訳(但し書き)に「インフルエンザ予防接種」と記載のあるもの**

： 上限 2,000円(実際の接種額がこの額を下回った場合は自己負担額)

： ジェイテクト健康保険組合 ※一番下の宛名を切り取ってご使用ください

【注意事項】 ※よくご確認ください

◆ 領収書は①医療機関名②接種者氏名③接種日④接種料金⑤内訳(但し書き)に「インフルエンザ予防接種」と記載が必要です。

◆ 原則として提出した領収書(原本)はお返し致しません。(必要な方は控えをとって下さい)

◆ 上記接種期間内にお一人様1回の補助となります。

◆ 12歳以下のお子様で、2回接種された場合も補助は1回分となります。

◆ 接種日に当健保組合の資格喪失している方は、補助の対象ではありません。

◆ 補助金は事業所経由でお支払いします。任意継続の方は、届出口座へお支払いします。(支給日：2025年3月25日)

◆ 補助金の支給内容はKENPOSよりご確認ください。

※個人情報の保護について ： この情報は当保健事業のみに使用し、その目的以外には使用致しません。

【提出先】※以下宛名を切り取ってご使用ください。

<郵送の場合>	<社内便の場合>
〒448-8652 愛知県刈谷市朝日町1-1 ジェイテクト健康保険組合	(株)ジェイテクト（刈谷工場内） ジェイテクト健康保険組合
<インフルエンザ予防接種補助金申請書〔個別申請用〕 在中>	<インフルエンザ予防接種補助金申請書〔個別申請用〕 在中>