日本ガイシ健康保険組合 御中

令和　　年　　月　　日

インフルエンザ予防接種費用補助申請書

<table>
<tr><td>所　　属</td><td colspan="2"></td><td>従業員番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険証等記号-番号</td><td colspan="2">―</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">予防接種を
受けた人</td><td>氏　　名</td><td></td><td>続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申請理由
（いずれかに○をつけてください）</td><td colspan="5">・ 8/1 以降に加入したため
・ 補助券を紛失したため
・ 接種時に 64 歳のため
・ 海外赴任中のため
注）接種当日に 65 歳以上の方は、補助対象外のため補助申請はできません。
注）接種補助券をお持ちの方は、裏面の「補助金申請書」をご使用ください。</td></tr>
</table>

※ 2,500 円を 1 回のみ補助します。（予防接種費用が 2,500 円未満の場合はその額まで）

※ 補助金は毎月 20 日に締切り、翌月給与にて支給。任意継続の方は翌月末に口座へ振込。

※ 接種者、接種日、接種金額、インフルエンザ予防接種が明記された領収書（原本）及び明細書を添えて提出してください。

申請期限：2026 年 2 月 6 日(金)必着

（健保使用欄）

受付印

常務理事	事務長	担　　当