

# インフルエンザワクチン接種費用補助申請書 (2024年度)

健康保険証 記号・番号 *健康保険証に記載されています	被保険者(従業員)氏名	職場(部署)名
<input type="text"/>	(フリガナ: <input type="text"/> )	(内線: <input type="text"/> )

※ご家族全員分をまとめて1枚の申請書で提出ください

接種者氏名 2回接種の場合も1行にまとめて記入	続柄	生年月日 接種日に1歳~15歳であること	接種日	支払金額
		年 月 日	年 月 日	円
		年 月 日	年 月 日	円
		年 月 日	年 月 日	円
		年 月 日	年 月 日	円
		年 月 日	年 月 日	円

<b>健康保険 家族(被扶養者)</b> 被保険者証 記号 0 番号 000000 00000000 平成00年00月00日交付	<b>領収証(コピー可・返却は不可)を添付</b> まとめて一ヶ所ホチキスでとめてください
氏名 健保 太郎 生年月日 昭和 00年 00月 00日 性別 男 資格取得年月日 平成 00年 00月 00日 被保険者氏名 健保 一郎 事業所名称 ○○○○○○○○ 保険者番号 <input type="text"/> 保険者名称 <input type="text"/> 保険者所在地 <input type="text"/> 電話番号 <input type="text"/>	<b>*** 提出期間 ***</b> * 2024年10月1日(火)~ * * 2025年2月28日(金)必着 * *** **

振込先口座 トヨタ自動車東日本の従業員のご家族 ..... 給与振込み第1口座 役員・関連会社従業員・任意継続者のご家族 ..... 健保組合への登録口座 【口座変更申請先】 ・役員は秘書室へ ・任意継続者は健保組合へ ・左記以外の方は各事業主へ
--

## 【補助の内容】

- 補助対象者  
接種日に1歳~15歳である被扶養者で100%自己負担で受けた方
- 補助回数と補助金額  
同一年度内の接種分について、2000円を上限に1人1回のみ補助する  
※1回の接種で2000円以上の場合は、1回分の領収書で申請してください  
※2回接種で1回2000円以下の場合は、2回分の領収書で申請してください
- 申請方法  
上記に必要事項を記入し、領収書(コピー可)を添付して健康保険組合に提出  
※領収証には「予防接種」の但し書きが必要です
- 補助の対象とならないもの  
・健康保険証を使用した診療  
・接種日に被扶養者の資格がなくなっていた場合  
・上記以外、健康保険組合が承認できないもの
- 振込日  
健康保険組合が申請書を受理した翌月  
(但し、連休や年度末、申請書の内容確認によって異なる場合があります)

健康保険組合使用欄	
受付日印	
補助金額	円