

インフルエンザワクチン接種費用補助申請書 (2026年度)

↓記号・番号はマイナポータル、または資格確認書で確認できます

記号・番号	被保険者(従業員)氏名	職場(部署)名
□□□□ - □□□□□□	(フリガナ:)	(連絡先:)

※ 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

領収書(コピー可・返却は不可)を添付
まとめて一ヶ所をホチキスでとめてください

***** 提出期間 *****
* 2026年10月1日(木)～ *
* 2027年2月26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、2,000円を上限に1人1回のみ補助する
※ 1回の接種で2,000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2,000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
・保険適用で受診した場合
・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20日
(但し、20日が土日祝の場合はその前日)

健康保険組合使用欄	
受付日印	
補助金額	円