【宛先】トヨタ自動車東日本健康保険組合　行

インフルエンザワクチン接種費用補助申請書　（2025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＊＊＊＊＊＊
＊　2025年10月1日（水）～　　＊
＊　　2026年2月27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 】

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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

トヨタ自動車東日本健康保険組合