

請求日 年 月 日

令和7年度 インフルエンザ予防接種費用補助金請求書 (任意継続者用)

東京金属事業健康保険組合 殿

以下のとおりインフルエンザ予防接種を実施し確認しましたので、インフルエンザ予防接種費用補助金を請求いたします。

記号		番号		氏名	
住所					日中の 連絡先

請求人数	名	請求金額	円
------	---	------	---

接種者	氏名	接種当日 の年齢	続柄	接種日	負担した額
			本人・家族	令和 年 月 日	円
			本人・家族	令和 年 月 日	円
			本人・家族	令和 年 月 日	円
			本人・家族	令和 年 月 日	円
			本人・家族	令和 年 月 日	円
			本人・家族	令和 年 月 日	円

補助金 振込先	金融機関名				金融機関コード	
	支店名				店番	
	口座種別	普通	・	当座	いずれかに○を付けてください	
	口座番号					
	フリガナ					
	口座名義					

【注意事項等】

- 対象者 日本国内の医療機関でインフルエンザ予防接種を受けた当組合の被保険者及び被扶養者（接種日当日に当組合の資格がある方）。
- 接種期間 **10月1日～翌年1月31日**までに予防接種を受けた方。
- 補助額 同一年度内1人1回まで、1,000円を上限として実費額を支給します。
(2回接種法による場合は2回で1回とみなします)
ただし、地方自治体等の補助がある場合は支給対象となりません。
(一部負担金がある場合を除く)
- 添付書類 「領収書(写し可)」。
領収書には、接種日・接種者氏名・医療機関名・接種料金・インフルエンザ予防接種である旨が記載されたものを添付してください。
領収書を紛失した等の場合は、実施医療機関より「領収証明書」
(当組合ホームページより印刷してください)に記入・捺印を受けてください。
- 提出期限 **令和8年3月2日(月)(必着)**までに当組合あてにご提出ください。

東京金属事業健康保険組合

受付印

受付No,

確認済み

東振協のインフルエンザ予防接種を利用した方は、
この予防接種費用補助金は利用できません。