（様式第１号）　**印刷用**　　請求日　　年　　月　　日

令和8年度　インフルエンザ予防接種費用補助金請求書（事業所用）

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。

事業所記号	

請求人数	名	補助金請求額	円

補助金振込先	金融機関名				金融機関ｺｰﾄﾞ			
	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（右詰めで記入）							
	口座名義（カタカナで記入）							
事業所所在地 事業所名 事業主名 電話番号								
支給通知書送付先	※上記の事業所所在地以外の送付先を希望される場合にご記入ください。							

【注意事項等】

1.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）。

2.対象期間　9月1日～翌年1月31日までに予防接種を受けた方。

3.補助額　同一年度内1人1回まで、**1,500円を上限**として実費額を支給します。（2回接種法によるときは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）

4.添付書類　「インフルエンザ予防接種者一覧表」及び「領収書・明細書（写し可）」。領収書・明細書には、接種日・接種者氏名・医療機関名・予防接種料金・インフルエンザ予防接種である旨が全て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）」に記入・捺印を受けてください。

5.提出方法　事業所でとりまとめて、**令和9年３月1日(月)（必着）**までに当組合に提出してください。

6.補助金振込　振込口座は、本社・支店・営業所等別に指定することができます。

東京金属事業健康保険組合

受　付　印

受付No.

東振協専用の利用券を使用してインフルエンザ予防接種を受けられた方は、この予防接種費用補助金は利用できません。

確認済み	

（様式第２号）　**印刷用**

インフルエンザ予防接種者一覧表　（事業所用）

事業所記号		事業所名	

	被保険者等番号	氏　　名	続　柄	生年月日	接　種　日	負担した額
1			本人･家族	昭和 平成　　年　月　日 令和	令和　　年　月　日	円
2			本人･家族	昭和 平成　　年　月　日 令和	令和　　年　月　日	円
3			本人･家族	昭和 平成　　年　月　日 令和	令和　　年　月　日	円
4			本人･家族	昭和 平成　　年　月　日 令和	令和　　年　月　日	円
5			本人･家族	昭和 平成　　年　月　日 令和	令和　　年　月　日	円
6			本人･家族	昭和 平成　　年　月　日 令和	令和　　年　月　日	円
7			本人･家族	昭和 平成　　年　月　日 令和	令和　　年　月　日	円
8			本人･家族	昭和 平成　　年　月　日 令和	令和　　年　月　日	円
9			本人･家族	昭和 平成　　年　月　日 令和	令和　　年　月　日	円
10			本人･家族	昭和 平成　　年　月　日 令和	令和　　年　月　日	円

領収書はこの欄の左にホチキス留めしてください。

◆実施医療機関が発行した以下の①～⑤の事項が全て記載されている領収書・明細書（写し可）を添付してください。記載がない場合は一度書類をは返戻させていただきますのでご了承ください。

①　接種日
②　接種を受けた方の氏名
③　医療機関名
④　予防接種料金
⑤　インフルエンザ予防接種である旨