（様式第３号）　　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　（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。

請求者	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	生年月日	続 柄	接 種 日	負担した額
		昭和 平成 令和　年　月　日	本人・家族	令和　年　月　日	円
		昭和 平成 令和　年　月　日	本人・家族	令和　年　月　日	円
		昭和 平成 令和　年　月　日	本人・家族	令和　年　月　日	円
		昭和 平成 令和　年　月　日	本人・家族	令和　年　月　日	円
		昭和 平成 令和　年　月　日	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							
	口座名義（カタカナで記入）							

【注意事項等】

1.対象者　：　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および被扶養者（接種日当日に当組合の資格がある方）。

2.接種期間　：　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　：　「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・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。

5.提出期限　：　令和9年3月1日（月）（必着）までに当組合あてにご提出ください。

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。

東京金属事業健康保険組合

受　付　印

受付No,

確認済み	