

インフルエンザワクチン接種補助申請書（2025 年度）

大阪読売健康保険組合理事長殿

◇申請者（被保険者）

申請期日	西暦 年 月 日			
フリガナ				
氏 名				
保険証の記号・番号	記 号		番 号	
勤務事業所（出向元） ※任意継続被保険者は記入不要				
住 所	〒 ー			
携帯番号（連絡先）	ー ー			

◇受診者（被接種者） **対象は被保険者及び被扶養者のみ**

氏 名	続 柄	接種日	氏 名	続 柄	接種日
補助申請額（領収書の総額） [円] ※自治体補助を受けた場合は、総額から差し引いた金額を記入する					

医療機関が発行した**領収書原本（レシートは不可）**、宛名は受診者名のを**領収書貼付台紙**に添付

領収書又は明細書に、「**インフルエンザ**」のワクチン接種であることが明記されていることを確認のうえご提出ください。「**ワクチン接種**」の記載だけでは**受け付け出来ません。**

領収書一式を「領収書貼付台紙」に貼り付けてください。（A4 領収書は貼付しなくても可）

◇領収書（明細書）には、次の 5 項目が記載されていること。

- 1)受診者氏名 2)受診内容（**インフルエンザのワクチン接種分であることが明記されたもの**）
3)受診年月日 4)金額（接種分明示） 5)医療機関名及び印

◇自治体補助を受けた場合は、総額から補助額を差し引いた金額を記入してください。

◇申請書は 1 家族 1 通とし、**期間中の申請は 1 回に限ります。**追加申請は認められません。

◇各事業所を通じて支払われます（任意継続者除く）。

<注>鼻腔スプレー式インフルエンザ生ワクチンは**補助対象外**となります。

任意継続被保険者（記号が 9 の方）は 下欄に振込先をご記入ください。

◇補助金振込先（任意継続被保険者名義）

振 込 先	フリガナ		フリガナ	
	銀行		支店	
	普通預金	口座番号		

- ① 三井住友銀行南森町支店②三井住友銀行他店に口座をお持ちの方は、支障の無い限り、①②の順で振込口座を指定していただくようご協力をお願いいたします。

記号・番号：_____

被保険者名：_____

領収書貼付台紙

- ※領収書（原本）を枠内に貼り付けてください。
- ※領収書はなるべく重ならないように貼付してください。
- ※大阪読売健保の被保険者及び被扶養者が対象です。
- ※台紙に記号・番号、被保険者名をご記入ください。