



令和6年度インフルエンザ予防接種補助金申請書

ジェイティ健康保険組合理事長 殿

補助金申請期限 令和7年3月5日(水) 共同印刷宛 必着

補助金の受領を事業主に委任します。(給与支払)

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	保険証	記号	番号(枝番は不要)	被保険者氏名			
	住所	〒					
	問い合わせ連絡先	TEL	— —				
予防接種を受けた方(フルネーム)	接種者氏名 (保険証の記号・番号が申請者と同一)		本人 or 家族	接種日 (1回分のみ記入)	支払金額	補助金	受付No.
	1人目			令和 年 月 日	円		
	2人目			令和 年 月 日	円		
	3人目			令和 年 月 日	円		
	4人目			令和 年 月 日	円		
	5人目			令和 年 月 日	円		
	6人目			令和 年 月 日	円		
※太線枠内をご記入ください。				補助金合計	人分	円	

確認欄	☐	この申請については、①および②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないことを申請者本人が確認している。
	※上のボックスに ☒ をお願いします。	

※補助金申請のご注意

添付資料：インフルエンザ予防接種」と記載されている領収書原本
※領収書に「インフルエンザ」と記載がない場合は、診療明細書もご提出ください。

☒ 領収書や診療明細書はホチキス止めや糊付けをしないでください
☐ 領収書には次の事項の記載が必要です。ご確認ください。
☐ 予防接種を受けた方の氏名
☐ 接種年月日 ☐ 医療機関名
☐ 支払金額 (他の診療項目と一緒に接種にかかる金額が明確なこと)
(複数の場合は1人毎の金額が分かること) 例:2人分で5,000円→「2,500円×2名」
☐ 封筒に申請書送付先を正しく記載し、必ず切手を貼ってお送りください。

領収証 R6.10.15
健保 太郎 様
¥ 3,500
インフルエンザ ○○医院

申請書

- ・補助対象者は、接種日にジェイティ健康保険組合の被保険者または被扶養者の資格を有する方です。
- ・補助金は令和6年10月1日～令和7年2月28日に接種した分が対象です。
- ・申請回数は、被保険者一人につき1回限りとなりますので、被扶養者分と合わせて申請してください。
- ・補助金は、接種回数に関わらず1名につき2,500円までです。
1回目の接種で2,500円を超えた方は、その時点で申請可能です。
- ・申請書送付先：〒350-0151 埼玉県比企郡川島町八幡6丁目13-2
共同印刷株式会社 川島ソリューションセンター内 BPO課
ジェイティ健康保険組合 インフルエンザ補助金申請事務局 宛
- ・問い合わせ先:ジェイティ健康保険組合 インフルエンザ担当 TEL: 03-6636-2001

注意！送付先をご確認ください

受付印