



# 令和3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4年3月4日(金) 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	被保険者氏名		
	住所	〒				
	問い合わせ連絡先	TEL	—	—	※書類不備があった場合の返却先をご記入ください。 <small>※日中連絡がとれる番号をご記入ください。        (自宅/職場/携帯電話) いずれか選択してください。</small>	

予防接種を受けた方	接種者氏名 <small>(保険証の記号・番号が申請者と同じ)</small>	本人 家族	接種日 <small>(1回分のみ記入)</small>	合計支払金額	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		

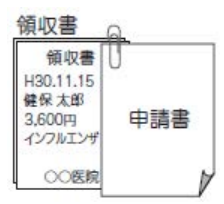
※上記太線枠内をご記入ください。 補助金合計 人分 円

確認欄	<input type="checkbox"/>	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無いことを申請者本人が確認している。
-----	--------------------------	---

**※補助金申請のご注意**

**添付資料** : 「インフルエンザ予防接種」と記載されて領収書(原本:領収書に記載がなく診療明細書に記載されている場合はセットで提出してください)

- 領収書には次の事項の記載が必要です。ご確認ください。
- 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
- 予防接種を受けた方の氏名(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」
- 接種年月日  医療機関名
- 支払金額(他の項目と一緒に接種にかかる金額が明確なこと)
- 郵送時の封筒にはインフルエンザ 予防接種以外の書類は入れないでください。



- 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3年10月1日～令和4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・問い合わせ先:

健保組合受付印

〒105-6927 東京都港区虎ノ門4-1-1 神谷町トラストタワー 26F  
 ジェイティ健康保険組合 インフルエンザ担当 TEL: 03-6636-2001



## 令和3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  
 補助金の受領を事業主に委任します。( **記入例** ) 補助金申請期限 令和4年3月4日(金) 必着  
 請年月日 令和 3 年 11 月 21 日

申請者	保険証	記号	番号	被保険者氏名	健保 太郎
	住所	〒 105-9999 東京都〇〇区〇〇2-2-1-601			
	問い合わせ連絡先	TEL 03 - 5572 - 9999			

※書類不備があった場合の返却先をご記入ください。  
 ※日中連絡がとれる番号をご記入ください。(自宅/職場/携帯電話) いずれか選択してください。

予防接種を受けた方	接種者氏名 <small>(保険証の記号・番号が申請者と同じ)</small>	本人 家族	接種日 <small>(1回分のみ記入)</small>	合計支払金額	補助金	受付No.
	1人目	健保 太郎	本人	令和 3 年 11 月 15 日	3,600 円	
2人目	健保 花子	家族	令和 3 年 10 月 17 日	3,600 円		
3人目	健保 一郎	家族	令和 3 年 10 月 17 日	2,000 円		
4人目	健保 梅子	家族	令和 3 年 10 月 29 日	4,000 円		
5人目	健保 松子	家族	令和 3 年 10 月 29 日	1,920 円		
6人目			令和 年 月 日	円		

※上記太線枠内をご記入ください。 補助金合計 人分 円

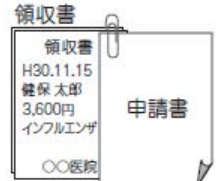
確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>	この申請については、①および②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないことを申請者本人が確認している。
-----	-------------------------------------	---

※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」と記載されて領収書(原本:領収書に記載がなく診療明細書に記載されている場合はセットで提出してください)

- 領収書には次の事項の記載が必要です。ご確認ください。
- 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
- 予防接種を受けた方の氏名(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」
- 接種年月日     医療機関名
- 支払金額(他の項目と一緒にの場合は接種にかかる金額が明確なこと)
- 口郵送時の封筒にはインフルエンザ 予防接種以外の書類は入れないでください。**



- ・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3年10月1日～令和4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・問い合わせ先:

〒105-6927 東京都港区虎ノ門4-1-1 神谷町トラストタワー 26F  
 ジェイティ健康保険組合 インフルエンザ担当 TEL: 03-6636-2001

健保組合受付印