決裁	常務理事	事務長	事務次長	給付担当	担当

本人・事業所振込年月日　　年　　月　　日　：　支給額　　円

（任意継続者・被扶養者）インフルエンザ予防接種補助申請書

事業所名（又は任意継続）		申請日	年　月　日
被保険者の記号・番号	-	被保険者名	

接種者氏名	続柄（接種時年齢）	予防接種 実施月日	補助申請額
	（　歳）	月　日	円
	（　歳）	月　日	円
	（　歳）	月　日	円
	（　歳）	月　日	円

受領委任欄	＊受領委任欄は記入例の通り必ず記入してください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。【任継記入不要】

本申請書に基づく保健事業に関する受領を事業主に委任します。　事業主名

被保険者氏名　　提出年月日　　年　　月　　日

インフルエンザ予防接種補助申請は、PepUpからの電子申請が原則です。未登録の場合に限り本申請書類での申請を受付けます。次回からは是非PepUpでの申請をお願いいたします。

※　「補助申請額」欄には、医療機関に支払った額ではなく、補助申請する金額を記載する。

※　補助額は、対象者1人につき上限税込み3,850円。（3,850円に満たない場合は実費）

※　対象期間は、10月1日から3月末日までの接種分。ただし、申請は4/10健保受理分まで。

※　年齢等により、2回接種の場合はまとめて申請。
システム上、一度支給決定すると、差額の補助はしておりませんのでご注意ください。

※　医療機関の『領収書』について、宛名は接種者（任意継続者及び被扶養者）、また**ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ 予防接種の費用である旨・接種日が必ず明記**されている事。

※　市区町村の補助を受ける際は、差し引いた額を補助申請額に記入し、市区町村の補助がわかる資料も添付してください。
例）領収書￥5500／市区町村補助￥1500の場合は、￥4000（5500-1500）が実費となるので、補助申請額は上限の￥3850と記入

領収書添付欄

※　**領収書 ﾁｪｯｸﾎﾟｲﾝﾄ ▸▸▸ 氏名・インフルエンザ・接種日**

以下3点、いずれか1つでも漏れていますと、受付ができませんのでご注意ください。

①　**宛名欄には、接種者（任意継続者及び被扶養者）の氏名が記載されていますか？**

②　**「ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ 予防接種費用」等と記載されていますか？**

③　**「ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ 予防接種日」は記載されていますか？**

★次頁に医療機関へのお願いあり

医療機関 関係者　各位

弊健保組合「ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種」費用補助制度へのご対応のお願い

弊健保組合の任意継続者及び被扶養者が、弊健保組合の費用補助制度を利用して、今回ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種を受けます。

弊健保組合の「ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種 費用補助」を受ける為には、『領収書』について、宛名は接種者（任意継続者又は被扶養者）、またｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種の費用である旨も明記されている事が絶対条件となりますので、ご協力をお願いします。

DM三井製糖グループ健康保険組合
℡ 03-6400-3071