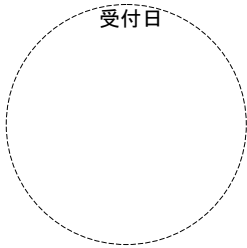


| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |



2025 年度 インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

- <対 象 者> ライフコーポレーション健康保険組合の被保険者及び被扶養者
被保険者本人がライフの集団接種を受けた場合は申請不要です
- <接種期間> 2025 年 10 月 1 日から **2026 年 1 月 31 日**まで
- <補 助 額> 1 人あたり上限 2,000 円迄の実費額
- <提出期限> **2026 年 2 月 10 日** 健保組合に到着分まで（提出期限後は補助できませんのでご注意ください。）
- <提 出 先> 〔社内メール便〕 近畿圏→健康保険組合 首都圏→人事部給与厚生課
- <支給方法> 各月末日までの健保組合到着分を翌月給与に含めて支給予定
給与明細に「健保補助金」として表示（振込の通知書は発送しません。）
- <提出方法> この用紙の裏面に【領収書の原本（インフルエンザ予防接種の記載のあるもの）】を貼付して提出
領収書については**チェック欄①～⑤**を必ず確認してください。

（チェック欄）

- ☐ ①領収日
- ☐ ②接種した人の氏名
- ☐ ③金額
- ☐ ④但し書き（**インフルエンザ予防接種**）
- ☐ ⑤医療機関名
- コピーは無効です。
- ①～⑤の無い領収書は、診療明細書や接種済証明書などを添付
または医療機関に再作成を依頼して下さい。
- 1 回目で 2,000 円を超えている場合、2 回目の領収書は不要です。
- 送付された領収書は返却できません。

| | | | | | | | | | |
|---|------|---------------------------------------|---------|---------------|--|-------|--|-----------------|------|
| 申請日 20 年 月 日 | | 太枠内を漏れなく記入してください。 フリクションペン・鉛筆の記入不可 | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | 健康保険 | | 刀 舐 | 社員番号 (左詰) | | | | | 店コード |
| | 記号 | 番号 | | | | | | | |
| | | | 氏名 | 所属 店・センター | | | | | |
| 接 種 し た 方 に つ い て 記 入 | 氏名 | | どちらかに○印 | 接種日 | | 窓口支払額 | | 健保補助額 ※健保使用欄 | |
| | | | 本人・家族 | 1 回目 20 年 月 日 | | 円 | | ※ | 円 |
| | | | | 2 回目 20 年 月 日 | | 円 | | | |
| | | | 本人・家族 | 1 回目 20 年 月 日 | | 円 | | ※ | 円 |
| | | | | 2 回目 20 年 月 日 | | 円 | | | |
| | | | 本人・家族 | 1 回目 20 年 月 日 | | 円 | | ※ | 円 |
| | | | | 2 回目 20 年 月 日 | | 円 | | | |
| | | | 本人・家族 | 1 回目 20 年 月 日 | | 円 | | ※ | 円 |
| | | | | 2 回目 20 年 月 日 | | 円 | | | |
| | | | 本人・家族 | 1 回目 20 年 月 日 | | 円 | | ※ | 円 |
| | | | | 2 回目 20 年 月 日 | | 円 | | | |
| | | | 本人・家族 | 1 回目 20 年 月 日 | | 円 | | ※ | 円 |
| 2 回目 20 年 月 日 | | | | 円 | | | | | |
| 補助金額合計 | | ※ | | 円 | | | | | |

※接種予定の方が全員接種されたあとにまとめて申請して下さい。
1 被保険者当たり 1 回しか申請できませんのでご注意ください。