

常務理事	事務長	担当

受付日

## 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

•コピーは無効です。

②接種した人の氏名

•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。

③金額

④但し書き（インフルエンザ予防接種）

•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。

⑤医療機関名

•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		姓 名	社員番号 (左詰)	所属 店・センター	店コード
	記号	番号				
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			

※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。

補助金額合計

円