

被扶養者対象

令和6年度 インフルエンザ予防接種 補助金申請書

OTG健康保険組合 御中

提出日：令和 年 月 日
★提出期限：令和 7 年 1 月 10 日 (金) 必着

予防接種時の領収書（原本）を左上にとめて、以下のとおり申請します。

※太枠内にご記入ください。

健康保険被保険者証 保険証の氏名の上にある記号－番号を記入		被保険者氏名（社員ご本人）	
記号	番号（左づめで記入）	印 (氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要)	
—			
会社名・所属	会社名： 所属：	TEL	(日中の連絡先) 申請内容確認時に使用
自宅住所 (不備の際、返送先)	〒		

(注)被接種者氏名（フルネーム）	生年月日	実施日①	実施日②	支払金額
	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	円
	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	円
	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	円
	平成 令和 年 月 日	月 日	月 日	円
	平成 令和 年 月 日	月 日	月 日	円
インフルエンザ予防接種料合計（支払金額の合計）				円

※領収書またはレシートの原本（どちらの場合も下記「必須項目」が記載されているもの）を必ずご提出ください。

《必須項目》

- ①被接種者氏名（フルネーム）：領収書に支払者氏名が記載されている場合は、被接種者氏名をその下に追記してもらうこと。
- ②接種内容：「インフルエンザ予防接種」が記載されていること。
- ③接種年月日
- ④支払金額
- ⑤医療機関名
- ⑥医療機関の印（押印がない場合は、なくても結構です）

(注) 被保険者(社員ご本人)は、補助金の申請対象とはなりません。
被扶養者が対象です。

(説明) 健保からの補助は 2,000 円 1 回を限度とします。(2回接種去の場合も合算して 2,000 円を上限に支給します。)
2,000 円未満は実費を補助。

補助金額（申請者がご記入ください）	円
-------------------	---

- (1) ホームページから、インフルエンザ予防接種補助金申請書を印刷してください。
- (2) 申請書に必要な事項をご記入・ご捺印のうえ「領収書原本」を添付して、OTG健康保険組合に郵送か社内メールでご提出下さい。

※事業所経由で給与振込により、令和 7 年 3 月の給与に補助金をお支払します。

(個人情報の取り扱い) この申請書に記載の個人情報は、インフルエンザ予防接種補助金支払い事務のみに使用します。