

任意継続被扶養者対象

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一番号を記入		被保険者氏名（任意継続の本人）	
記号	番号（左づめで記入）	TEL (日中の連絡先) 申請内容や口座確認時使用	
—			
任継不要	任意継続	(氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要)	
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)任意継続被保険者(本人)は、補助金の申請対象とはなりません。
任意継続被扶養者は対象です。

(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
-------------------	---

フリガナ							
口座名義人	被保険者本人（任意継続ご本人）の名義とします						
金融機関	フリガナ				支店出張所店名	預金種目	口座番号
		銀行	信用組合			普通	
		信託銀行	労働金庫				
	金融機関コード 〔インターネットで 検索できます〕	信用金庫	農協	支店コード (店番)			

被保険者（任意継続ご本人）の銀行口座を指定してください。

(注) 記入漏れがあると、振込ができなくなります。

※ゆうちょ銀行を指定いただく場合は、必ず振込用の店名（漢数字3桁）・預金種目・口座番号をご記入ください。

三井住友銀行より振込のため、ゆうちょ銀行の「記号（5桁）」「番号（8桁）」では振り込むことができません。

(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。

←領収書とめ箇所（クリップまたはホチキスで表面にとめてください）

記入例なので、
ここにはとめないでください。

任意継続の申請対象

令和6年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

記入例

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一番号を記入		被保険者氏名（任意継続の本人）	
記号	番号（左づめで記入）	健保太郎	
1 0 - 1 2 3 4 5 6			
任継不要	任意継続	TEL	(日中の連絡先) 申請内容や口座確認時使用 090-1234-5678
自宅住所 (不備の際、返送先)	〒123-4567 〇〇府〇〇〇市〇〇〇町〇丁目〇〇-〇〇		

小学生以下の使用欄

(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
健保 花子	昭和 平成 55年2月3日	11月20日	月 日	3,500 円
健保 花美	昭和 平成 16年8月9日	11月20日	12月15日	7,000 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）				10,500 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（押印のない場合はなくても結構です）

必ずどちらかに
マルをつけて
ください

(注)任意継続ご本人は、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）	4,000 円
-------------------	---------

フリガナ	ケンポ タロウ		フリガナ含め 口座情報は全て ご記入ください	
口座 名義人	被保険者（任意継続ご本人）の 名義とします		健保太郎	
金融 機関	フリガナ	ミツイスミトモ	ドウジマ	預金 種目
		三井住友	堂島	
	金融機関コード (インターネットで)	0 0 0 5	支店 コード (店番)	3 1 1
				口座番号 1 2 3 4 5 6 7

インターネットで「銀行コード」
を検索すると分かります。

預金通帳の「店番」または「支店」のコードを
記入してください。ゆうちょ銀行は「店番」

※ゆうちょ銀行を指定いただく場合は、必ず振込用の店名（漢数字3桁）と預金種目、口座番号をご記入ください。

三井住友銀行より振込のため、ゆうちょ銀行の「記号（5桁）」「番号（8桁）」では振り込むことができません。

(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。