**記入見本**

申請書は世帯全員分をまとめて、領収書（原本）をクリップ留めで添付のうえ、申請してください。

# 令和８年度　インフルエンザ予防接種費用補助申請書

| 款 | 保健事業費 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 伺　年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|
| 項 | 保健事業費 | | | | |
| 目 | 疾病予防費 | | | | 処理　年　月　日 |
| | | | | | |

申請日　〇〇年　〇月　〇日

| 被保険者　記号−番号 | 1000−199999 | 被保険者氏名 | 北　電　太　郎 |
|---|---|---|---|
| 所　属 | 北海道電力株式会社　〇〇部　〇〇〇〇〇グループ | | 被保険者氏名は必ず自署願います。 |
| 連絡先(ﾄｰﾙ) | 〇〇−〇〇〇〇 | 生年月日 | 昭和・平成　〇〇年　〇月　〇日 |

| | 氏名<br>生年月日・性別・続柄 | 接種した医療機関名<br>接種した日 | 支払った費用 | 補助請求額 |
|---|---|---|---|---|
| ① | 北　電　太　郎 | 〇〇内科クリニック | | 年度内1回<br>2,000円限度 |
| | 昭和・平成・令和　〇〇年　〇月　〇日 | 令和　8年　10月　3日 | 3,300　円 | 2,000　円 |
| | 性別　男　女　続柄　本人 | 令和　年　月　日 | 円 | |
| ② | 北　電　花　子 | 〇〇内科クリニック | | 年度内1回<br>2,000円限度 |
| | 昭和・平成・令和　〇〇年　〇月　〇日 | 令和　8年　10月　4日 | 3,300　円 | 2,000　円 |
| | 性別　男　女　続柄　妻 | 令和　年　月　日 | 円 | |
| ③ | 北　電　健　太 | 〇〇内科クリニック | | 年度内1回<br>2,000円限度 |
| | 昭和・平成・令和　〇〇年　〇月　〇日 | 令和　8年　10月　3日 | 3,300　円 | 2,000　円 |
| | 性別　男　女　続柄　長男 | 令和　年　月　日 | 円 | |
| ④ | 北　電　さくら | 〇〇内科クリニック | | 年度内1回<br>2,000円限度 |
| | 昭和・平成・令和　〇〇年　〇月　〇日 | 令和　8年　10月　4日 | 1,650　円 | 2,000　円 |
| | 性別　男　女　続柄　長女 | 令和　8年　10月　31日 | 1,650　円 | |
| ⑤ | | | | 年度内1回<br>2,000円限度 |
| | 日 | | | 円 |
| | 性 | | | |
| ⑥ | | | | |
| | 昭和・平成・令和　年　月　日 | | | 円 |
| | 性別　男　女　続柄 | | | |
| 接種した方の合計人数 | 4　人 | 13,200　円 | | 8,000　円 |

続柄は長男、長女、義母のように詳細に記載してください。

2回接種（小学生以下が該当）の記入の仕方は
①1回目の接種で補助上限額2，000円を超えた場合は、1回目の接種のみで申請してください。
②1回目の接種で補助上限額2，000円を超えなかった場合は、接種日、支払った金額を1回目、2回目それぞれ記入し2回分の領収書を添付してください。

北海道電力健康保険組合理事長　殿

◇領収書の原本を添付してください（領収書は返却しませんので、必要な方は提出前にコピー願います）

●領収書には医療機関等による下記の項目の記載が必要です。

・接種者氏名（フルネーム）　・接種年月日　・金額
・インフルエンザ予防接種費用である旨　・医療機関名、所在地、電話番号

●（1枚で）2人以上の領収書は予防接種を受けた全員の氏名と金額の内訳が必要です。
●レシートや記入漏れ等の不備がある場合は受け付けできませんので、ご注意ください。
●領収書にインフルエンザ予防接種費用である旨の記載がない場合は、明細書等を添付願います。

◇注意事項

●領収書の宛名は接種を受けた方のフルネームで記載依頼願います。（会社名や健保組合名では受け付けできません）
●補助対象期間は当年度2月末迄です。提出期限（令和9年3月15日必着）を厳守願います。
●予防接種を受ける際には、事前に医師とよく相談してください。
●2回接種対象の方で、1回目の接種費用が補助上限額を超えた場合は1回目の接種のみで申請してください。
●補助金は申請書提出の翌月または翌々月の給与支給日に給与口座（任意継続被保険者は届出口座）に振り込みます。
●ご記入いただいた個人情報は補助金の支給及び集計にのみ利用します。

＜領収書にインフルエンザワクチン予防接種の記載がない場合は、受け付けできません＞