

**【注意】この請求書は「東振協」契約医療機関以外で接種した場合の専用書式となります。**  
**本請求書とPep Up申請フォームのどちらをご利用いただいても構いませんが、同一内容の申請を両方で行わないでください。**

## インフルエンザ予防接種補助金請求書（個人立替請求用）

① 被 保 険 者 情 報	記 入 日	令 和 年 月 日		所 属 部 署	
	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	記号	番号	フリガナ	
		(〒 - )			氏 名
現住所・連絡先					☎ ( )

※小学生以下の被扶養者に限り2回まで接種可能です。ただし、請求は1度にまとめて下さい。

△接種料金欄には医療機関に実際に支払った金額を記入して下さい。↓↓↓

② 接 種 内 容 記 入 欄	接種者情報		生年月日	回数	接種日	医療機関名	接種料金
	フリガナ	(続柄)	昭和 平成 年 月 日	1回目	令和 年 月 日		円
	男・女	令和	2回目	令和 年 月 日		円	
フリガナ	(続柄)	昭和 平成 年 月 日	1回目	令和 年 月 日		円	
	男・女	令和	2回目	令和 年 月 日		円	
フリガナ	(続柄)	昭和 平成 年 月 日	1回目	令和 年 月 日		円	
	男・女	令和	2回目	令和 年 月 日		円	
フリガナ	(続柄)	昭和 平成 年 月 日	1回目	令和 年 月 日		円	
	男・女	令和	2回目	令和 年 月 日		円	

### 【注意事項】

- ① 補助金請求対象者：マルハン健康保険組合に加入している被保険者及び被扶養者
- ② 費用補助金額：1人1回あたり**上限3,500円(税込)**
- ③ 小学生以下の被扶養者は年度内2回まで接種費用を補助。ただし請求は1度にまとめて下さい。
- ④ 補助金の振込先：被保険者の給与口座（月末締切、翌月末頃支払）
- ⑤ 対象予防接種期間：**令和5年10月1日(日)～令和6年1月31日(水)**
- ⑥ 提出期限：**令和6年2月29日(木) 健保受付必須**
- ⑦ 領収書の糊付け・ホチキスやテープ等での貼付禁止。クリップ留めは可。  
所属部署等でまとめて送付される場合は被保険者ごとにクリアファイルに分けて下さい。
- ⑧ 一度提出された申請書は、不備返戻を除き返却いたしません。

### 【添付書類の領収書について】

下記①～④の条件を満たしている領収書(原本)を添付して下さい。  
不備のある書類では支給が行えず、返戻することがあります。

- ① 領収書の宛名：**接種した方の氏名**であること。  
(会社名の宛名では支給手続きできません)
- ② **インフルエンザ予防接種代と分かる表記**がされていること。  
(単なる「予防接種代」では受け付けることができません。)
- ③ 接種した医療機関名・住所・電話番号の記載があること。
- ④ 領収印が押印されていること。



接種料金 合計	円
------------	---

健康保険組合記入欄
支給決定金額
円

受付日付印

申請書  
送付先

〒111-0036  
東京都台東区松が谷1丁目9番12号 S P Kビルディング7階701  
マルハン健康保険組合「インフルエンザ予防接種補助金請求受付係」

マルハン健康保険組合