**令和7年度 インフルエンザ 予防接種補助 申請書**

提出日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険証の  記号－番号 | |  | － | |  | | | 被保険者名 | |  | | | | | |
| 職場名 | |  | | | | | | 日中連絡先 | |  | | | | | |
| №　　　申請対象者名 | | | | 続柄 | | 年齢 | **※備考** | №　　　申請対象者名 | | | | 続柄 | 年齢 | **※備考** | |
| ① |  | | |  | |  |  | ⑤ |  | | |  |  |  | |
| ② |  | | |  | |  |  | ⑥ |  | | |  |  |  | |
| ③ |  | | |  | |  |  | ⑦ |  | | |  |  |  | |
| ④ |  | | |  | |  |  | 申請合計  (人数･費用) | | 申請人数合計 | | 領収書金額合計 | | | |
|  | 名 |  | | | 円 |
| 《記入上の注意》**※備考は健保が使用します。**  領収書の表面上側にご自分で№（①②等）を記入し、上表の№と一致する様ご記入ください。  続柄は、本人・妻・**長男**・**長女**・父・母等とご記入ください。（年齢は接種日現在） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 《領収書添付・注意事項・お問合せ先は下枠内》 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **こちらへ領収書原本を添付してください**  （ホッチキス又はテープで添付してください。事務処理の都合上のりづけはご遠慮ください。）   |  | | --- | | 《申請及び補助における注意事項》  ★　別紙の（ご案内）及び、この申請書を必ず事前にご確認ください。  ★　領収書の記載内容をご確認ください。  インフルエンザ予防接種代（ワクチンの型は不問）であること、且つ、接種日・対象者名・  接種料金・接種機関名称が明記されている領収書（原本）であること  （表記に不足のある場合、接種機関に追記してもらうか、接種証明書等を添付）  ★　領収書は補助対象であるかご確認ください。（接種補助期間：R7.10.１～R8.1.31）  ★　申請書提出期限は、令和8年2月20日（金）（申請書健保必着）です。 |   《お問い合わせ及び提出先》　マキタ健康保険組合  446-8502　愛知県安城市住吉町３丁目１１番８号（マキタ本社内）  直通0566-97-1715　又は　内線2731～2735 | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 《健保使用欄》 | | 照合済係印 | マキタ健保組合支払印 | マキタ健保組合受付印 |
| 補助対象人数 | 人 |  |  |  |
| 補助合計金額 | 円 |
| 備考欄へ､補助対象外は｢不可｣､接種費用が上限未満の場合は  ｢実費｣を記入。それ以外は､1人につき2,000円を補助 | | |

令和7年9月

**被保険者の皆様へ**

マキタ健康保険組合

**令和7年度　インフルエンザ予防接種の補助申請について（ご案内）**

平素は、健康保険組合の事業運営に、ご理解ご協力賜り、誠にありがとうございます。

本年度も、インフルエンザ予防接種補助を行います。下記をお読みの上、ぜひご活用ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **補助接種期間** | 令和7年10月１日（水）～ 令和8年1月31日（土）の接種分 |
| **2** | **補助対象者** | 接種日に、マキタ健康保険組合の被保険者又は被扶養者資格がある方 |
| **3** | **補助費用** | 上限2,000円（接種費用が上限未満の場合はその実費額） |
| **4** | **補助条件** | 対象者1人につき年度内1回限り  （小児や乳幼児等で、２回接種推奨者においても、健保補助は１回限り）  （高齢者等で、市町村補助のある方は、そちらを利用後の実費で申請願います） |
| **5** | **補助申請方法** | 償還払いのみ　（利用券等の対応はありません）  （補助申請書に接種後の領収書原本を添付し、健保へ提出） |
| **6** | **領収書の表記**  **について** | インフルエンザ予防接種代（ワクチンの型は不問）であり、且つ、接種日・対象者名・接種料金・接種機関名称が明記されている領収書（原本）であること  （表記に不足のある場合、接種機関に追記してもらうか、接種証明書等を添付） |
| **7** | **補助申請期限** | 令和8年2月20日（金）まで（申請書健保必着） |
| **8** | **補助方法** | ２０日受付分までを、翌月の給料に加算支給します（多少前後する可能性あり）  申請後の給料明細（「健保補助金」又は「健保給付金」欄）でご確認ください |
| **9** | **注意事項** | インフルエンザ予防接種は、保険適用外の為、確定申告時の医療費控除申請には使えません。補助申請には、必ず領収書原本を添付してください。  医療機関によって接種料金は異なります。事前確認をおすすめします。 |

以上

|  |
| --- |
| **《お問い合わせ及び提出先》**  **マキタ健康保険組合**直通0566-97-1715　又は　内線2731～2735  〒446-8502　愛知県安城市住吉町３丁目１１番８号（マキタ本社内） |