

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 記号一番号	—			被保険者名					
職場名				日中連絡先					
No.	申請対象者名	続柄	年齢	*備考	No.	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 名	領収書金額合計 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No. (①②等) を記入し、上表のNo.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				

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）