

常務理事	事務長	担当者

2025年度 インフルエンザ予防接種補助ポイント請求書

① 被保険者について	提出日	年 月 日	※以下の①②をご記入ください。	
	被保険者等	記号	番 号	被保険者氏名 (フリガナ)
	会社名			所属名
	連絡先	— —		※平日の日中に連絡可能な電話番号をご記入ください

※②は、被保険者(本人)1名の請求であっても、必ずご記入ください。
※6名以上の請求の場合は、用紙をコピーして2枚に分けてご記入ください。
その場合2枚目の①部分も1枚目と同じ内容をご記入ください。

② 接種した方について(本人・家族)	(フリガナ ※必須) 氏 名	生 年 月 日	接 種 日	費 用	
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日	年 月 日	円	
			年 月 日	円	
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日	年 月 日	円	
			年 月 日	円	
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日	年 月 日	円	
			年 月 日	円	
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日	年 月 日	円	
			年 月 日	円	
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日	年 月 日	円	
			年 月 日	円	
	添付領収書について、インフルエンザ予防接種費用が上記内容であることを確認し、申請します。				
	被保険者氏名:				

- 添付書類:領収書(原本)は別紙に貼付してください。
- 領収書には次の記載が必要です。不備の場合は、医療機関へ領収書を提示し、記入をお願いしてください。
- 【領収書チェックリスト】
- ☐ 接種者氏名(複数の方が接種した場合は、全員の氏名(フルネーム))
 - ☐ 接種日
 - ☐ 費用(単価)
 - ☐ 但書「インフルエンザ予防接種代」もしくは「インフルエンザ」の記載
 - ☐ 医療機関名
 - ☐ 医療機関または担当者の押印

【注意事項】	
1. 対 象 者	: 予防接種実施日において当健康保険組合加入の方
2. 対象期間	: 2025年9月1日～2026年1月31日
3. 補助回数	: 対象期間内の接種について1人2回限り
4. 補助ポイント	: 予防接種に要した費用1円＝1ヘルスポイント
5. 請求受付期限	: 2026年2月10日(到着分)

健保使用欄	
付与ポイント	pt
登録完了日	/

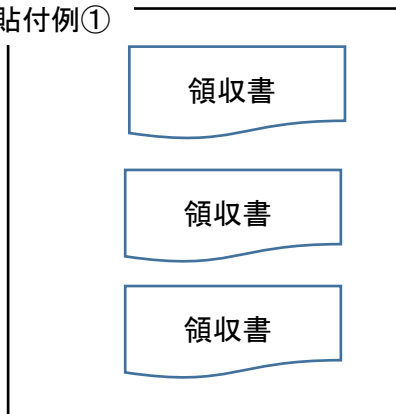


領収書貼付欄

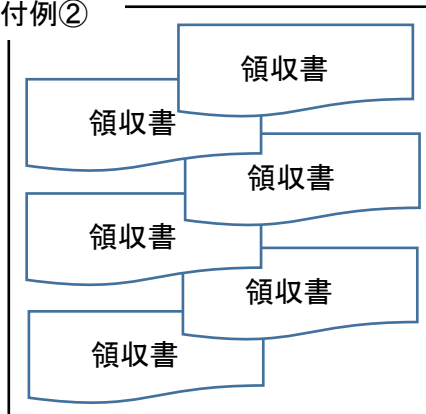
※領収書が剥がれないようにお貼りください。

※領収書以外（接種済証・接種記録証のみ、明細証のみ等）の添付は不可

貼付例①



貼付例②



※領収書が多い場合、ずらして貼付ください