

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	2025年 10 月 30 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) ケンポ タロウ
		1	1	2	3	4	5	6		7
	会社名	〇 〇 〇 〇							所属名	〇〇〇部
連絡先	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇							※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) ケンポ ハナコ	昭・平・令 41年 10月 30日	2025年 9月 20日	3,000 円
	健保 花子		年 月 日	円
	(フリガナ) ケンポ イチロウ	昭・平・令 26年 2月 10日	2025年 9月 20日	3,000 円
	健保 一郎		2025年 10月 18日	3,000 円
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日	年 月 日	円
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日	年 月 日	円
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日	年 月 日	円
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日	年 月 日	円
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日	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: 健 保 太 郎				

- 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】
- 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
 - 対象期間 : 2025年9月1日～2026年1月31日
 - 補助回数 : 対象期間内の接種について1人2回限り
 - 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
 - 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	/

受付印