2024年度 インフルエンザ予防接種 補助申請書

トヨタ関連部品健康保険組合

＜接種期間＞　2024年10月1日～2025年1月31日

＜補助対象＞　1～15歳までのお子様（当健保の被扶養者）　※2009年4月2日～2024年1月31日生まれの方

＜補助額＞　上限 2，000円（2回接種分のうち1回分のみ）　⚠ 重複請求があった場合、2回目は無効

＜申請期限＞　2025年2月28日（金）健保必着

事業所名	保険証　記号－番号	被保険者氏名	
	-		
接種者氏名	続柄	生年月日	支払金額（1回分）
（記入例）　健保　太郎	長男　※子は×	2015　年　10　月　1　日	3,000　円
		年　月　日	円
		年　月　日	円
		年　月　日	円
		年　月　日	円
医療機関所在地	医療機関名		医療機関☎
都・道・府・県			（　　）　－
接種補助券で申請できない理由（該当するものに〇）			
1.　券を紛失　　2.　2024年8月以降に健保加入　　3.　その他（理由：　　）			

※領収書（原紙）を添付してください。

✂ キ リ ト リ　　✂ キ リ ト リ

【申請方法】

窓口で全額支払い
領収書を受け取る
レシート不可

➡

「インフルエンザ予防接種補助申請書」に
領収書を添付し、会社へ提出

➡

会社を通じて被保険者へ
お支払い
（任意継続の方は指定口座へ）

領収書は、接種金額・接種日
接種者が記載されたものに限る

・領収書の返却不可

・「医療費のお知らせ」にてご案内

※こちらの用紙を利用される場合は、指定医療機関で接種する場合でも窓口で全額支払となります。