

【任意継続加入者用】

令和7年度 インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書

※ この申請書と領収書(コピー可)を鉄二健保組合に提出してください。

○ 請求者

健康保険の記号	番号	連絡先	被保険者 氏 名	
9975				

○ 請求内訳(被保険者と被扶養者で予防接種を受けた方)

氏 名	該当する方に○をしてください	年齢	支払金額
	1. 本人 2. 家族		
	1. 本人 2. 家族		
	1. 本人 2. 家族		
	1. 本人 2. 家族		

○ 振込先金融機関口座(被保険者の方の口座をご記入ください。)

金融機関名	支店名	預金種類	口座番号	口座名義人
		普 通 当 座		フリガナ

領 収 書 貼 付 欄
(のり付けしてください)

※ 令和8年1月16日(金)までに鉄二健保必着となっております。

※ 申請上の注意

- ① 対象接種期間は「10/1(水)～12/31(水)」です。
- ② 接種日現在、被保険者または被扶養者である方が対象です。
- ③ 医療機関が発行した領収書(コピー可)を付けてください。
※「診療明細書のみ」では申請できません。
- ④ この報告書は4名まで記載できますが、医療機関証明欄を用いる場合は1人1枚にてご記入ください。

※ 領収書必須記載事項

- 被接種者氏名
- 接種年月日
- 接種費用(単価)
- 医療機関印
- 内容…「インフルエンザ代」と明記されていること。「予防接種」のみで「インフルエンザ」の記載が無いものは不可。

(注)領収書必須記載事項(上記5つ)が確認できない場合は、支払いができない
ことがありますので、医療機関より下記へ証明をもらってください。

東京都鉄二健康保険組合

○医療機関証明欄(領収書に「インフルエンザ」の記載がない場合のみ)

上記のとおり、インフルエンザ予防接種を実施したことを証明します。

所在地

令和 年 月 日

医療機関

印