



ボッシュ健康保険組合 殿

## インフルエンザ予防接種 補助金請求書

※任意継続被保険者の方は「保健事業・費用請求書」にて申請をしてください。

【申請者(被保険者)】

記入日: 2024 年 11 月 10 日

保険証	記号	9999	被保険者 氏 名	健保 太郎
	番号	9999		
事業所名 (会社名)	○△□ 株式会社			連絡先TEL
所 属	XX - XX / XXXX			XX-XXXX-XXXX

【受診状況】 被保険者1名での請求もご記入下さい。

接種者氏名	続柄	接種日	医療機関名	支払い額
健保 太郎	本人	2024年 10月 30日	〇〇〇 病院	4,000 円
健保 花子	妻	2024年 10月 30日	〇〇〇 病院	4,000 円
健保 一郎	子	2024年 10月 30日	〇〇〇 病院	4,000 円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
【支給条件】				合計金額 12,000 円

- 対象者:被保険者及び被扶養者であること
- 対象期間:毎年10月1日～翌年1月31日まで
- 申請回数:上記期間中に1回/人
- 補助上限額:被保険者及び被扶養者いずれも¥2,000/人
- 申請方法:補助金請求書+領収書の原本を当健保組合へ提出(領収書の返却は出来ません)  
※予防接種の領収書は確定申告申請の対象外です。
- 領収書記載事項:接種者氏名・接種日・医療機関名(印)・単価・「インフルエンザ予防接種代」  
であることが明記されていること 注)レシートタイプでも上記必要項目の記載、医療機関の領収捺  
印があれば受領します。(全て医療機関で記載したものに限りです)
- 支給対象にならない場合  
① 事業所主催の集団接種を受けた場合  
② 東振協のインフルエンザ予防接種利用券を使用して接種した場合
- 日本国内で接種したものに限りです。
- 接種期間・提出期限等は、別途周知致します。

【申請先】 ボッシュ健康保険組合(Hig-RBHI) ヘルスケア推進部 補助金担当 行き

【推奨送付方法】 ※申請書は有価証券と同等ですので紛失防止と責任所在の明確化のため、下記方法での送付をお勧めします。

- 一般郵便の場合 (〒355-0028 東松山市箭弓町 2-5-5 ボッシュ健康保険組合)  
簡易書留または書留等で発送してください。受領書の発行は致しませんのでご了承ください
  - 社内で「社内書留郵便依頼書」が利用可能な場合(不可の場合は上記①で送付ください)  
社内書留郵便依頼書をご記入の上、「書留受領証」を希望に✓を付けて発送してください。
- ※遠方等で社内便②が利用出来ない事業所は、事業所でまとめてご送付頂きますようご協力をお願い致します。

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡ください。

※ 個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。

2024.4 改

ボッシュ健康保険組合  
記入欄(記入しないでください)

支給  
決定額 円