

# インフルエンザ予防接種補助金申請書

三菱健康保険組合 御中

記入日 令和 8 年 12 月 3 日

事業所名	〇〇〇株式会社			任意継続の場合は、「任意継続被保険者」と記入してください。
健康保険の記号-番号	ZZZO	-	ZZZZ	被保険者氏名 健康 歩

## [インフルエンザ予防接種の接種者リスト]

市区町村で公費助成がある場合は接種費用から助成額を差引いた自己負担額を記入してください。

No.	接種対象者氏名		資格区分(続柄) (√で選択し被扶養者は続柄記入)	性別	生年月日	回数	接種日	接種費用(税込)
	小学校4年生以上被扶養者	フリガナ	ケンコウ アユム	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	第1回	令和 8 年 10 月 16 日
	氏名	健康 歩	<input type="checkbox"/> 被扶養者 (続柄 )	<input type="checkbox"/> 女	55 年 9 月 5 日 年齢 46 歳	第2回	令和 年 月 日	
	フリガナ	ケンコウ ユウコ	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	第1回	令和 8 年 10 月 20 日	(合計) 3,000 円
	氏名	健康 優子	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (続柄 妻 )	<input checked="" type="checkbox"/> 女	57 年 4 月 5 日 年齢 44 歳	第2回	令和 年 月 日	
	フリガナ	ケンコウ ヤスミ	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	第1回	令和 8 年 10 月 20 日	(合計) 4,300 円
	氏名	健康 保美	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (続柄 長女 )	<input checked="" type="checkbox"/> 女	26 年 6 月 3 日 年齢 12 歳	第2回	令和 8 年 11 月 20 日	
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 被保険者				令和 年 月 日	円
	氏名		<input type="checkbox"/> 被扶養者 (続柄 )					円
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	第1回		円
	氏名			<input type="checkbox"/> 女	年 月 日 年齢 歳	第2回	令和 年 月 日	円

2回接種の場合、1回目が2,000円未満の場合のみ、2回目の欄に記入してください。

2回接種の場合、1回目が2,000円未満の場合のみ、1回目+2回目の合算額を記入してください。

「小学校4年生以上」の申請者が6名以上いる場合は申請用紙をもう1枚追加して記入してください。

小学校3年生以下被扶養者	注射型ワクチン	フリガナ	ケンコウ タモツ	(続柄 長男 )	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	第1回	令和 8 年 10 月 20 日	1,800 円
		氏名	健康 保		<input type="checkbox"/> 女	30 年 5 月 6 日 年齢 8 歳	第2回	令和 8 年 11 月 20 日	2,500 円
		フリガナ		(続柄 )	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	第1回	令和 年 月 日	円
		氏名			<input type="checkbox"/> 女	年 月 日 年齢 歳		円	
		フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	第1回	令和 年 月 日	円
		氏名			<input type="checkbox"/> 女	年 月 日 年齢 歳	第2回	令和 年 月 日	円
	経鼻弱毒生ワクチン	フリガナ	ケンコウ ミツル	(続柄 次男 )	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	第1回	令和 8 年 10 月 16 日	8,000 円
		氏名	健康 充		<input type="checkbox"/> 女	3 年 7 月 12 日 年齢 5 歳			
		フリガナ		(続柄 )	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	第1回	令和 年 月 日	円
		氏名			<input type="checkbox"/> 女	年 月 日 年齢 歳			
		フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	第1回	令和 年 月 日	円
		氏名			<input type="checkbox"/> 女	年 月 日 年齢 歳			

小学校3年生以下の注射型ワクチンは金額に関わらず2回とも記入してください。

「小学校3年生以下」の注射型ワクチンの申請者が4名以上いる場合は申請用紙をもう1枚追加して記入してください。

「小学校3年生以下」の経鼻弱毒生インフルエンザワクチンの申請者が4名以上いる場合は申請用紙をもう1枚追加して記入してください。

※ 必ず次ページの注意事項をお読みください

※ 領収書は次ページに貼付してください。

【注意事項】 申請書を提出する前に必ずお読みください

のり付け

### 領収証

令和8年10月16日

健康 歩 様

接種対象者が判別できること

接種日が判別できること

金額 ￥3,000-

注射型ワクチンの場合、  
「インフルエンザ予防接種」であると判別できること(「予防接種」のみでは受け付けられません)

但 インフルエンザ予防接種代として  
上記正に領収いたしました

東京都□□□区○-○-○  
○△○△クリニック  
医院長 ○△○△  
TEL 03-ZZZZ-XXXX

領収印

2 被保険者・小学校4年生以上被扶養者

領収書貼付欄

のり付け

### 領収証

令和8年10月16日

健康 充 様

金額 ￥8,000-

小学校3年生以下の被扶養者が  
経鼻弱毒生インフルエンザワクチンを接種された場合は、接種医薬品名称が判別できること(「インフルエンザ予防接種」だけでは、1回2,000円上限の補助となります。)

但 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン接種代として  
上記正に領収いたしました

東京都□□□区○-○-○  
○△○△クリニック  
医院長 ○△○△  
TEL 03-ZZZZ-XXXX

領収印

【補

- ① 小学校3年生以下の1回式の経鼻弱毒生インフルエンザワクチン接種(フルミスト)への補助額は、1人当たり4,000円です。  
ただし、接種費用(税込)が4,000円に満たない場合は接種費用(税込)を補助します。
- ② 1回式の経鼻弱毒生ワクチンの補助申請の場合は、接種医薬品名称(インフルエンザ予防接種だけでなく、「経鼻弱毒生インフルエンザワクチン」または「フルミスト」など)・接種対象者氏名・接種日が記載された領収書(原本)を「領収書貼付欄」に必ず貼付してください。  
接種医薬品名称・対象者が判別できない場合は、医療機関に記入を依頼してください。  
(単に「インフルエンザ予防接種」のみの記載の場合は、注射型ワクチンとみなし1回2,000円上限の補助となります。「予防接種」のみの記載では受け付けられません)