

令和6年度 インフルエンザ予防接種費用補助申込書

- 注1) 令和7年3月10日までにJR健保必着で申請してください。
注2) マス目への記入は、数字のみで右詰めとしてください。
注3) マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

(1)被保険者等種類 本人(被保険者) =家族(被扶養者) ※家族(被扶養者)の方は補助の対象外です。 ※記号が2以外の数字で始まる方はこの用紙で申込出来ません。	(2)被保険者等記号 2	(3)被保険者等番号
(4)被保険者等氏名 フリガナ	(5)性別 1: 男 2: 女	(6)生年月日 5: 昭和 7: 平成 9: 令和 年 月 日
(7)接種日(年度1回分のみで、10月~2月の接種に限る) 9: 令和	(8)接種日時点の年齢 ※65歳以上の方は補助の対象外です。 歳	
(9)本人支払額(領収書記載額) 円	(10)健保への補助金申請額 円 ※補助額は2,000円を上限とした実費です。 (例: 本人支払額3,000円→健保への補助金申請額2,000円) (例: 本人支払額1,800円→健保への補助金申請額1,800円)	

(注意) 提出資料は返却いたしません。

上記のとおり、申請いたします。

ジェイアールグループ健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

氏名

<スムーズな費用補助のため、ご提出の前にチェック☑をお願いします>

全ての条件を満たさないものは、補助の対象外です。

手順① 左の記入欄(1)~(10)と枠外の署名欄を全て記入してください。

手順② 接種を受けた方についてご確認ください。

- 接種を受けた方は本人(被保険者)ですか？
- 記号が2から始まる任意継続被保険者ですか？
- 次の項目に当てはまる方ではありませんか？
 - ・接種日時点で65歳以上の方(65歳の方を含む)
 - ・接種日時点で60歳以上65歳未満の方で、心臓、腎臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者として厚生労働省令で定められた方

手順③ 領収書の記載内容についてご確認ください。

- 接種を受けた方の氏名が記載されていますか？
- 医療機関名・医療機関印が記載・押印されていますか？
- 発行年月日が記載されていますか？
接種日と発行年月日が異なる場合は、接種日が付記されていますか？
- インフルエンザの予防接種費用である事が記載されていますか？
単に、「予防接種費用」と記載されているなど、インフルエンザの予防接種である事が分からない場合は費用補助できません。



すべての条件に当てはまる方は、
点線枠内に**領収書の原本**(レシート及びコピー不可)を
貼付し、下記の送付先まで郵送してください。

<送付先> 〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-2-2
ジェイアールグループ健康保険組合 保健事業課

<問い合わせ先> 03-5334-1030

<領収書の原本貼付欄>