

インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書

被保険者証記号番号	記号 番号	日中連絡がとれる 電話番号	
(フリガナ) 被保険者名		メールアドレス※任意	

(フリガナ) 受診者名		続柄	接種日 [子供で2回接種する場合(注)]			申請金額 【実際にかかった費用】	健保記入欄	
①			1回目	年	月	日	円	
			2回目	年	月	日		
②			1回目	年	月	日	円	
			2回目	年	月	日		
③			1回目	年	月	日	円	
			2回目	年	月	日		
④			1回目	年	月	日	円	
			2回目	年	月	日		
⑤			1回目	年	月	日	円	
			2回目	年	月	日		
⑥			1回目	年	月	日	円	
			2回目	年	月	日		
⑦			1回目	年	月	日	円	
			2回目	年	月	日		
合計人数		人	合計申請金額			円		

【申請上の注意事項】

1. 補助対象接種期間：2024年10月1日(火)から2025年2月28日(金)まで
2. 補助対象者：接種日に当健康保険組合の被保険者および被扶養者の資格を有する方。
3. 補助金額：1人につき1,500円(税込)を上限として、インフルエンザ予防接種にかかった費用を補助します。

(注)子供で2回接種する場合で、1回の接種費用が1,500円(税込)未満だった場合
⇒「接種日」の1・2回目の欄に日付を記載し、「申請金額」の欄に2回分の合計金額を記載し、2回目終了時に申請をして下さい。
4. 申請方法：次の2点の書類を、次の送付先に郵送にてご提出下さい。

【書類】①インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書、②領収書(原本)
※「領収書」受取時に①インフルエンザ予防接種代金であること、②接種日、③接種を受けた者全員の氏名、④被接種者ごとの接種費用の内訳の記載があること、の4つを確認し、記載漏れがある場合には医療機関に記入をお願いして下さい。
※「領収書」にインフルエンザの記載がなく、「明細書」にインフルエンザの記載がある場合は、「明細書」もお送りください。

【送付先】〒489-0044 愛知県瀬戸市栄町45 パルティセと108
(株)バリューHR 瀬戸オペレーションセンター 予防接種受付係 キオクシア健保担当
※キオクシア健康保険組合は、当申請書の受付を株式会社バリューHRに委託しております。
5. 提出期限日：2025年3月31日(月)必着
※提出期限日後に到着したものについては、補助金をお支払いできません。予めご了承下さい。
6. 振込先：内容確認後、当健康保険組合から被保険者の給与の第一口座に振り込み致します。
【任継の方】任意継続被保険者資格取得申出書の「給付金等振込先」に記載頂いた口座に振込します。

キオクシア健康保険組合 [2024年9月版]

健康保険組合記入欄

補助金額	円
振込金額	円
振込日	

事務長	担当者