

【申請書の提出期限】 2026年1月16日（金）必着（健康保険組合 到着分まで）

【提出先住所】〒105-8310 東京都港区東新橋1-6-2 資生堂健康保険組合 インフルエンザ係 宛

2025年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

年月日提出

被保険者氏名	社員番号	健康保険証の記号	健康保険証の番号
事業所名	所属名	連絡先(日中連絡がとれる電話番号)	
申請書に不備があった場合の返却先(申請書は基本的に返却しませんが不備があり受理できない場合は返却させていただく場合があります)			
<input checked="" type="checkbox"/> 勤務事業所			
<input type="checkbox"/> 自宅(〒)			

【接種を受けた方の内訳】公費助成を受ける方は助成額を差し引いた自己負担金額を接種費用欄にご記入ください。

勤務事業所

自宅(〒)

○

【接種を受けた方の内訳】公費助成を受ける方は助成額を差し引いた自己負担金額を接種費用欄にご記入ください。

(年度内に1回申請可能、13歳未満が2回接種しても補助額上限は1000円です) ↓資生堂健康保険組合記入

↓資生堂健康保險組合記入

氏名	続柄	接種日 1	接種日 2	接種費用	通番	支給決定額
		年 月 日	年 月 日	円		円
		年 月 日	年 月 日	円		円
		年 月 日	年 月 日	円		円
		年 月 日	年 月 日	円		円
		年 月 日	年 月 日	円		円

★2月末までに退職予定の方のみご記入ください★

金融機関名	支店名/支店番号	種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
①	支店名 / 番号	普通		
②ゆうちょ銀行	支店番号(漢数字3桁)	普通		

★★★提出前に必ずご確認ください！★★★

- (1) 補助対象接種期間は 2025/10/1～2025/12/31です。
(領収書の日付が上記期間のものが対象です)

(2) 領収書に「インフルエンザ予防接種」の記載および
「接種を受けた方の氏名」の記載がありますか？

(3) 市区町村の公費助成を受ける方は、助成額がわかるもの
を添付してください

扶養家族分もまとめて申請してください。夫婦ともに資生堂社員（資生堂健康保険組合の被保険者）の場合は、別々に申請し、子供等被扶養者の分は扶養している方が申請してください。

領収書等貼付欄(コピー不可、必ず糊付けしてください)

接種を受けた方の氏名宛で 1人1枚発行（接種を
2回に分けて受ける場合は2回分の領収書を添付）

2012年10月02日

領 収 証

椿 花子 様

¥2,620-

（但し インフルエンザ 正しく領収致しました）

見本

取扱印紙

医療法人

クリニック

東京都○○○○○○
○○○○○○○○
電話: 00-0000-0000
印刷面に内側…折って保管願います

「インフルエンザ予防接種」の記載があること

領 収 証								
患者番号 00000		下記の通り請求いたします。			発行日 平成 23年 10月 1日			
氏名 椿 花子		様 費用区分		社保・本人		負担率 10%		
保 險	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投点	
	点	点	点	点	点	点	点	
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	施設	手術	麻酔	放射線治療	
	点	点	点	点	点	点	点	
保 險	食事療養費	生活療養	その他		病理診断	経診療費	①負担金	
	円	円	点		点	円	円	
	保 險	併用療養費	室料差額	文書料	器材・容器代	電気代	②食事・生活負担金	③保険外負担
	外 負 担	円	円	円	円	円	円	円
(内訳)	その他 1	その他 2	その他 3	その他 4				
	円	円	円	円				
	インフルエンザ							
	2,150円							
※領収証の再発行は致しません								
大切に保管してください。 ◎領収印を捺して、領収証と致します。								
○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○ ク リ ニ ッ ク 0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0 0								

補助金の支給日

2026年 3月 25日