

常務理事	事務長	担当

サンスター健康保険組合 御中

2027年 1月●●日

インフルエンザ予防接種補助金申請書

* 太枠の中をご記入ください

社員番号	12345	被保険者氏名	健保 太郎
会社名	サンスター(株)	所属部署	マーケティング部
		連絡先 TEL	7-40-****

予防接種を受けた方の氏名	続柄	接種日	予防接種の費用	決定額(健保記入欄)
健保 太郎	本人	2026年10月15 日	3,000 円	円
健保 花子	妻	2026年11月1日	3,000 円	円
健保 一郎	子	2026年12月1日	3,000 円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
1. 接種期間は、2026年10月1日(木)～12月31日(木) 2. 申請締め切りは、2027年1月29日(金)健保必着				合計 円

【補助金の給付先について】

※社員(被保険者)の方は、ご家族の分とまとめて給与口座にて給付いたします。
※任意継続被保険者の方は、任意継続資格取得時に申請いただいた金融機関口座にて給付致します。

* 領収書(原本)添付欄 (領収書(原本)はクリップ留めをお願いします。原則返却はいたしません)

★補助の対象は、被保険者と被扶養者(サンスター健保の保険証を持っている人)です。
★補助額は、一人1,500円、期間中に1回です。

★領収書(原本)に書かれている必要事項

①接種を受けた方のお名前
②接種日
③金額 *家族分をまとめた領収書の場合には個別の接種金額も記入
④医療機関名と印
⑤インフルエンザ予防接種の代金であること
注) 領収書に、インフルエンザ予防接種の記載がない場合は、「診療明細書」も提出ください。

★1人で2回接種された場合でも1回分のみ対象ですので、領収書も1回分のみ添付してください
★被保険者が世帯分をまとめて記入してください。