

インフルエンザ予防接種補助金申請書

- ・【申請者①】は申請内容にかかわらず必ず記入してください。
被扶養配偶者の申請をする場合は【申請者①】と【申請者②】の両方に記入してください。
※被扶養配偶者のみ申請する場合も【申請者①】の記入（接種年月日以外）が必要です。
- ・領収書原本（明細書）は、「インフルエンザ予防接種領収書提出時のお願い」参照の上、この申請書の裏面に糊で貼付してください。領収書に不備がある場合は受理できません。

【申請者①】申請内容にかかわらず必ず記入 (消えるボールペンでの記入は不可)

申請日	令和 年 月 日	下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金交付を申請いたします。	
被保険者証	記号 番号 —	勤務先名称（出向元）	
		所属名（内線）	
被保険者氏名 保険証記載氏名記入 ビジネスネーム不可		連絡先電話 (勤務先・個人)	
生年月日	S 年 月 日 (歳) H	接種年月日	R 年 月 日 申請者①が接種していない場合は記入不要

【申請者②】被扶養配偶者の補助金を申請する場合は【申請者①】も両方ご記入ください。

被扶養配偶者氏名	※博報堂健保に加入の夫・妻のみ申請可能		
生年月日	S 年 月 日 (歳) H	接種年月日	R 年 月 日

☒ *全ての項目に該当（☐にレ点チェック）ができた方のみ申請可能です

補助申請要件	☐	2021年10月1日（金）～2022年1月31日（月）の期間中に接種した方（申請は期間中1回のみ）	
	☐	記載漏れのない領収書の原本を裏面に貼付（コピー、レシートは不可）※領収書提出時のお願い参照	
	☐	接種日に博報堂健保の資格がある被保険者または被扶養配偶者（博報堂健保に加入の夫・妻のみ）	
領収書の記載事項	☐	接種者氏名	
	☐	接種日	
	☐	領収金額	
	☐	インフルエンザ予防接種の明記（別紙の明細書に記載がある場合は一緒に貼付）	
	☐	医療機関名と領収印	
65歳以上の方	☐	私は65歳以上ですが、今回のインフルエンザ予防接種は市区町村から補助を受けていないことを医療機関に確認いたしました。領収書には「市区町村からの補助を受けていない」と記載済みです。 (市区町村から補助を受けた金額の領収書では申請できません)	

申請書提出期限 2022年2月7日（月）博報堂健保組合 必着（締切日以降の到着分はいかなる場合も受領不可）

申請書送付先 〒102-0093 東京都千代田区平河町1-4-5 平和第1ビル7階
博報堂健康保険組合 補助金係宛 （社内便または郵送）

【健保記入欄】

資格確認		申請区分	支給金額	支給合計金額	受付印
被保険者		被保険者	円	円	
被扶養配偶者		被扶養配偶者	円		
支給決定伺	備考欄				
年 月 日					
					博報堂健康保険組合

インフルエンザ予防接種領収書提出時のお願い

「補助金申請書」の裏面にインフルエンザ予防接種の領収書「**原本**」（コピー、レシートは不可）を貼付の上、申請書を切り取ってご提出ください。

65歳以上の方

- ・通常65歳以上の被保険者および被扶養配偶者のインフルエンザ予防接種には市区町村の補助が出ているため、健保への補助金申請はできません。
- ・申請書を提出する場合は、必ず予防接種を受けた医療機関に「市区町村の補助を受けていない」ことを確認し、領収書に「市区町村の補助なし」とご記入ください。

領収書に①～⑤の項目が記載されていることをご確認ください

- ①接種者氏名
- ②接種日
- ③領収金額
- ④インフルエンザ予防接種代であることが分かるように明記してあること
※「インフルエンザ」の記載が医療費明細書にある場合は、領収書と併せてご提出ください。
- ⑤医療機関名と領収印

■領収書の例

領 収 書	
① 山田 太郎 様	② 令和3年10月1日
③ ￥ 4,500 -	
④ インフルエンザ予防接種代として領収いたしました	
東京都〇〇区〇〇1-1-1 健保クリニック ⑤ 	

領収書の原本を「補助金申請書」裏面に糊で貼付（ホッチキス厳禁）

- ・領収書貼付の見本を参照し、「補助金申請書」裏面に糊で貼付してください。
- ・領収書の例④の「インフルエンザ」の明記が医療費明細書にある場合は領収書と一緒に貼付してください。

■被保険者または被扶養配偶者一人分の貼付例（「補助金申請書」裏面）

見本

（医療費明細書を併せて貼付する場合の一例）

領 収 書	
山田 太郎 様	令和3年10月1日
￥ 4,500 -	
予防接種代として領収いたしました	
東京都〇〇区〇〇1-1-1 健保クリニック 	

医療費明細書

外来

保険No.

氏名 山田 太郎 様

請求期間 令和3年10月～

発行日 令和3年10月1日

区分	内 容	単価(点)	回数	合計(点)
検査	インフルエンザウイルス抗原定性	〇〇〇	〇	〇〇〇

■被保険者と被扶養配偶者二人分の貼付例（「補助金申請書」裏面）

見本

領 収 書	
山田 太郎 様	令和3年10月1日
￥ 4,500 -	
インフルエンザ予防接種代として領収いたしました	
東京都〇〇区〇〇1-1-1 健保クリニック 	

領 収 書	
山田 花子 様	令和4年1月31日
￥ 4,500 -	
インフルエンザ予防接種代として領収いたしました	
東京都〇〇区〇〇1-1-1 健保クリニック 	

補助額と支給方法

- ・期間中1人につき1回限り、上限2,000円（2,000円未満の場合は実費を上限とする）
- ・補助金は事業所経由で支給 博報堂DYHC、博報堂、博報堂DYMPの方：2022年3月25日（金）支給
- ・特退、任継の方：給付口座へ振り込み