

<<健保組合使用欄>> ※ここには記入しないでください

記号	番号	補助金合計
		円

インフルエンザ予防接種補助金請求書

[ 補助額：1回につき最大**2,000円**（15歳以下は2回まで、16歳以上は1回まで補助） ]

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長殿

医療機関でインフルエンザの予防接種を受けましたので、補助金を請求いたします。

※以下の太枠内を全て記入

記入日		事業所名 [会社名]		部署名	
年 月 日					
請求者氏名 [被保険者]			社員番号 (10桁)		
接種者氏名 (例：健保 太郎)	続柄 (例：長男)	年齢	接種月日		補助請求額
			1 回目	2 回目[15歳以下のみ]	上限 <b>2,000円</b> /回の実費
			月 日	月 日	円
			月 日	月 日	円
			月 日	月 日	円
			月 日	月 日	円
			月 日	月 日	円
※15歳以下とは、次の4月1日時点で15歳以下のことをいいます。					合計 円

!ポイント!

15歳以下のお子さまが2回接種される場合は、両方終わってからまとめて提出してください。

提出物チェックリスト

- ☐ インフルエンザ予防接種補助金請求書：当用紙に必要事項をすべて記入してください。（消せるボールペン不可）  
 ※「続柄」は、『子』という表記では受付できません。本人・妻・長男・長女など具体的に記入をしてください。
- ☐ 領収書（原本のみ）：貼り付けずにそのまま同封してください。  
 ※領収書に「インフルンザ予防接種」の記載がない場合は、その内容が確認できる明細書と一緒に提出してください。

領収書に必要な5つのポイント

- ☐ ①接種を受けた方の氏名（会社名ではなく個人名）
- ☐ ②接種日
- ☐ ③「領収」の記載
- ☐ ④「インフルエンザ予防接種代」の但し書き
- ☐ ⑤病院名・領収印

※領収印を省略している場合は「領収印省略」などの一文を領収書に追記してもらってください。

領収書見本

① QP太郎 様

③ 領収書

② 〇〇年〇月〇日

￥3,500

④ 但し インフルエンザ予防接種代として

⑤
 

△△  
病院

東京都〇区〇町1  
 電話 03-1234-5678  
 △△病院  
 院長 健保 花子

< 退職予定の方使用欄 >

銀行	支店	普通	
信用金庫	出張所	当座	口座番号
退職予定日		口座名義（フリガナ）	

\* 健康保険加入者は給与口座に「健保還付金」として振り込みます。  
 \* 任意継続の方は「任意継続資格取得申請書」に記入いただいた口座に振り込みます。  
 \* 不備があった場合は、差し戻しさせていただきます。

注意事項 と 記入例



【注意事項】

- ・訂正するときは、取消線、及び訂正印で修正してください。（修正液不可）
- ・フリクションペンなどの消せるペンは使用しないでください。
- ・接種者が『本人』だけの場合でも 氏名以下すべてを記入してください。
- ・2回接種の場合は、2回目が終わってからまとめて提出してください。

【こんな場合どうしたらいい？】

- 領収印を省略している医療機関の場合  
→「領収印省略」などの一文を領収書に追記してもらってください。
- 接種日と支払日が異なる  
→領収書に“接種月日”を追記してもらってください。（接種日の確認ができないと補助金をお支払いできません）
- 接種日以降に、家族が扶養から外れる  
→補助金請求書の余白にその旨を記載してください。
- 退職等で健保組合から抜ける予定  
→補助金請求書の下部の記入欄へ必要事項をご記入ください。

記入見本

「健保組合使用欄」 ※ここには記入しないでください

記号 番号 補助金合計

ここには、記入しないでください

インフルエンザ予防接種補助金請求書

[ 補助額：1回につき最大2,000円（15歳以下は2回まで、16歳以上は1回まで補助） ]

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長殿

医療機関でインフルエンザの予防接種を受けましたので、補助金を請求いたします。

※以下の太枠内を全て記入

記入日		事業所名 [会社名]											
2025 年 12 月 15 日		キューピー株式会社											
請求者氏名 [被保険者]		健保 太郎		社員番号 (10桁)		0 0 0 9 9 9 9 9 9 9							
接種者氏名 (例：健保 太郎)		続柄 (例：長男)		年齢		接種月日				補助請求額 上限2,000円/回の実費			
健保 太郎		本人		17		11 月 1 日				2,000 円			
健保 花子		妻		15		11 月 1 日				2,000 円			
健保 せつ子		長女		17		11 月 1 日				2,000 円			
健保 うめ		二女		15		11 月 1 日				2,000 円			
合計										10,000 円			

②【社員番号】  
10桁で記入ください。10桁でない場合は、先頭に“0”をつけて10桁にしてください

③【補助金請求欄】  
接種金額や、自己負担額は、書かないでください  
健保への補助請求額を記入してください

①【続柄】  
『子』ではなく  
『長女』『二女』等と記入してください

④【取消線・訂正】  
訂正するときは、取消線&訂正印で修正してください（修正液不可）

⑤【合計金額】  
合計金額まで記入してください