

2025年度 被扶養者インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

被保険者等の 記号・番号	フリガナ 被保険者氏名							
	フリガナ 接種被扶養者氏名							
(連絡先) 被保険者住所・電話番号	〒 ()							
被保険者勤務先名称				所属				
接種日	西暦 年 月 日							
申請内容	被扶養者インフルエンザ予防接種費用補助							
接種費用 (医療機関で支払った額)			円	※補助額上限2,000円/1年度内1回 ※接種費用2,000円(税込)以上の場合2,000円 ※接種費用2,000円(税込)未満の場合は実費を補助				
接種医療機関名	名称				所在地	〒		
上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、必要書類を添付して補助金を申請します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">被保険者 氏名 印</div> JMA健康保険組合殿								
振込先指定口座	金融機関名称	銀行			支店			
	預金種別	普通・当座	口座番号					※左づめで記入
	口座名義(カナ)							※原則、被保険者名義となります

《補助金申請時の注意事項》

- ※この申請には、『領収証(原本)』添付してください。
- 添付する領収書の宛名は必ず接種者名となっていること。予防接種の内容が記載されていること。
- ※接種期間：2025年10月1日～2026年3月31日
- ※2025年度申請期間：2025年10月1日～2026年4月10日（厳守）

《送付先》：JMA健康保険組合

〒243-0438 神奈川県海老名市めぐみ町2号2番 ViNA GARDENS OFFICE 12F
TEL 046-233-3510

補助金額(上限) 1人1回/年	上限 2,000円(税込)
---------------------------	----------------------

健康保険組合使用	
支給額	円
支払年月日	令和 年 月 日

受付印