記入例

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	1000 - 20200401	フリガナ	ケンポ ○ミ		
		被保険者氏名	健保 ○美		
		フリガナ	ケンポ ○ロウ		
		接種被扶養者氏名	健保 ○郎		
(連絡先) 被保険者住所・電話番号	〒243-0000 神奈川県海老名市河原口○○○○				
	090 (1234) 5678				
被保険者勤務先名称	海老名総合病院	所属	3東病棟		
接種日	西暦 2025 年 12 月 1 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)	3,500 円	※補助額上限2,000円/1年度内1回 ※接種費用2,000円(税込)以上の場合は2,000円 ※接種費用2,000円(税込)未満の場合は実費を補			
接種医療機関名	名称 ○○クリニック	所在地	〒243-0000 神奈川県海老名市○○		
上記のとおり人間ドックを受診したので、必要書類を添付して補助金を申請します。					
令和 7 年 12 月 10 日					
JMA健康保険組合殿		被保険者 氏名	健保 ○美 (印)		
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	1 2 3 4 6 7 8	※左づめで記入
	口座名義(カナ)	ケンポ ○ミ			※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

申請書及び添付書類は、
健保組合へ提出ください。

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

【添付書類】	
①領収書(原本)	円
	日

受付印