

■給与振込等の対象事業所

兵庫トヨタ自動車株式会社
神戸トヨペット株式会社
トヨタカローラ兵庫株式会社
ネットトヨタ神戸株式会社
株式会社トヨタレンタリース兵庫
ネットトヨタソナ神戸株式会社
株式会社トヨタレンタリース神戸
株式会社H.Tグループ
株式会社ネット神戸サポート
神戸トヨペットグループホールディングス株式会社
兵庫トヨタ自動車健康保険組合

＊組合記入欄	
支給決定額	1,000 円

常務理事	事務長	担当者

インフルエンザ予防接種補助金申請書（給与振込事業所用）

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

申 請 日 年 月 日	(西暦) 年 月 日			

私は、補助金を事業主経由で受け取ることに同意したうえでインフルエンザ補助金を申請いたします

【申請者】 被保険者（本人）	被保険者証 記号・番号 (右つめ)	(記号)	(番号)	事業所 名 称 (勤務先の会社名)				
	被保険者 氏 名				電話番号 (日中の連絡先)	【自宅】	—	—
						【携帯】	—	—
						【職場】	—	—
	接 種 年 月 日	(西暦)	年	月	日	支払金額 (公費助成を受けた ときは差引額)	円	

※補助金は、2026年3月の給与振込予定となります。（詳細は各事業所健保担当窓口へお問い合わせください）
但し、2026年3月31日までに退職される方は給与振込できませんので、健康保険組合までご連絡ください。

《領収書に関する注意事項》

1. 領収書の原本を添付（表面（前面）の左下端に糊付け）してください。

- ・原則、領収書は返却いたしません。
- ・領収書の宛名は会社名ではなく、接種者個人（被保険者）の名前をご指定ください。
- ・領収書に「インフルエンザ予防接種代」の但書が無い場合は、「診療明細書」や「接種済証」があれば領収書と併せて提出ください。

2. 下記①～⑥の記載項目は必須です。医療機関にもれなく記入してもらってください。

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| ① 接種者氏名（フルネーム）【※会社名は不可】 | ④ 医療機関名 |
| ② 受診内容（「インフルエンザ予防接種代」と明記） | ⑤ 医療機関領収印 |
| ③ 接種年月日 | ⑥ 接種費用（インフルエンザ単価） |

- ・家族合算した領収書の場合、余白に各人の明細（氏名/接種日/費用）を明記してもらい、追記部分に病院担当の認印を受けてください。

【留意事項】

- | | | |
|----------|---|----------------|
| ●補助対象者 | インフルエンザ予防接種当日に、当組合に加入している被保険者（本人） | 【被扶養者（家族）は対象外】 |
| ●補助対象期間 | 2025年10月1日～2026年1月31日接種分（インフルエンザ予防接種） | |
| ●補助金額 | 1,000円を上限とする実費額
自治体などの公的補助を利用できる場合（詳細は市区町村等へ問い合わせ）は優先し、助成額を除いた額を申請 | |
| ●申請方法 | | |
| ○提出内容 | ①インフルエンザ予防接種補助金申請書 ②領収書（原本） | |
| ○提出先 | 事業所（勤務先の会社）の健康保険担当窓口 | |
| ●申請書提出期限 | 2026年2月15日（事業所必着） | |

領収書糊付け箇所 左とじ ※ホチキスやセロハンテープ厳禁
申請書からはみ出ないように表面に重ね付けしてください