

■個人振込の対象事業所

トヨタカローラ姫路株式会社
ネットトヨタ兵庫株式会社
トヨタエルアンドエフ兵庫株式会社
任意継続被保険者

* 組合記入欄	
支給決定額	円 1,000

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（個人振込事業所用）

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

申請 年月日	(西暦)	年	月	日

【申請者】 被保険者（本人）	被保険者証 記号・番号 (右づめ)	(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		
	振込金融機関名	支 店 名		預金種類	口座番号 (右づめ)		口座名義 (被保険者本人)		
	銀 行 信用金庫 農 協 そ の 他	支 店 (出張所)		1 普 通 2 当 座			カナ) 漢字)		

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、振込用の『店名（漢数字3桁）・預金種目・口座番号（7桁）』を確認の上ご記入ください。【記号（5桁）・番号（8桁）は不可】
※統廃合により金融機関名・支店名が変更になったときは、変更後の金融機関情報をご記入ください。健保から振込通知は行いませんので通帳等でご確認ください。

健康保険組合
からのお願い

補助金の振込については、「三井住友銀行」から振り込みさせていただくのですが、振込手数料軽減のために可能であれば振込先を「三井住友銀行」として指定いただければ幸いです。尚、「三井住友銀行」とのお取引がない場合は、他銀行でも振込可能です。

《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 【任意継続被保険者は直接、健康保険組合】 | |
| ●申請書提出期限 | 2026年2月15日（事業所必着） 【任意継続被保険者は健康保険組合必着】 | |

《提出経路》 一般（被保険者）→（事業所）健保担当→（健康保険組合）
任継（被保険者）→（健康保険組合）

領収書糊付け箇所を左とじ ※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