

※ 支 給 決 定 額
円

※欄は記入しないでください。

管工業健康保険組合 季節性インフルエンザ予防接種助成金支給申請書

記入例

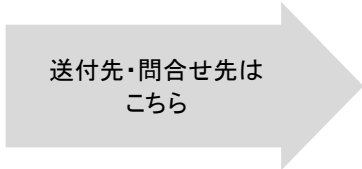


申請年月日		令和 年 月 日			
① 申請者(被保険者)	氏名	記号・番号			
	自宅住所	〒 - 日中の連絡先 TEL - -			
	事業所名称				
② 接種者	氏名	1	2	3	4
	生年月日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日
	種別 (Oをつけてください)	被保険者/被扶養者	被保険者/被扶養者	被保険者/被扶養者	被保険者/被扶養者
	接種日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日
	負担額	円	円	円	円
③ 助成金振込先	金融機関名	銀行 支店 信用金庫			
		金融機関コード	支店コード		
	口座番号	普通 No.			
	フリガナ 口座名義人 (被保険者)				

金融機関コード・支店コードは忘れずご記入ください。ゆうちょ銀行の場合は通帳の写しを添付してください。

<季節性インフルエンザ予防接種助成金について>

- 対象者 … 被保険者及び被扶養者
【以下の方は申請できません】
・接種時に資格喪失となっていた方 ・管工業健保会館で接種した方 ・東振協の委託医療機関で利用券を使用して接種した方
・未承認ワクチン(フルミスト等)を接種した方
- 助成金額 … 医療機関に支払った額(ただし、助成金額は2,000円を限度とする。)
- 助成回数 … 年度に1回(2回接種した方は2回分の領収証と一緒に添付していただくことにより1回とみなします。)
- 申請方法 … 本申請書をご記入の上、**領収証の原本**(接種者氏名・金額・季節性インフルエンザ予防接種である旨が記載されている)を添付して下記にて申請してください。
※領収証にインフルエンザ予防接種とわかる記載がない場合は、**明細書**も併せて添付してください。
- 提出期限 … **令和5年3月31日(金) (必着)**
※助成金の振込みまでに2~3ヵ月程度かかります。なお、助成金の振込完了の通知は行いませんので、通帳などをご確認ください。



送付先・問合せ先はこちら

〒101-8325
東京都千代田区神田駿河台2-1
管工業健康保険組合 健康管理センター 管理課
TEL 03-3291-4535

※当健康管理センターでは、本事業により知り得た個人情報を法令に基づき適正にお取扱いします。

記入例

※支給決定額

円

※欄は記入しないでください。

管工業健康保険組合 季節性インフルエンザ予防接種助成金支給申請書

申請年月日		令和 4年12月 5日			
①申請者(被保険者)	氏名	健保 太郎		記号・番号	9999 ・ 123
	自宅住所	〒101-8325 東京都千代田区〇〇〇〇2-1 日中の連絡先 TEL 03 (3291) XXXX・090 (1234) XXXX			
	事業所名称	〇〇〇 株式会社			
②接種者	氏名	1 健保 太郎	2 健保 花子	3 健保 一郎	
	生年月日	④ R 49年 6月 1日	④ R 49年 5月 1日	④ R 7年 7月 7日	
	種別 (○をつけてください)	被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者
	接種日	R 4年 11月 15日	R 4年 12月 4日	R 4年 11月 14日	
	負担額	3,000 円	3,000 円	6,000 円	円
③助成金振込先	金融機関名	〇〇〇 銀行 信用金庫 △△△ 支店			
	金融機関コード	1234		支店コード	567
	口座番号	普通 No. 1234567			
	フリガナ 口座名義人	ケンボ タロウ 健保 太郎			

・2回接種の方は接種日を2日分ご記入ください。負担額欄は、接種した2回分の領収証合計金額をご記入ください。

金融機関コード・支店コードは忘れずご記入ください。ゆうちょ銀行の場合は通帳の写しを添付してください。

- 対象
 - ・助成金振込先は、被保険者ご本人名義の口座をご記入ください。
 - ・金融機関コード及び支店コードは、通帳等でご確認の上、必ずご記入ください。
 - ・ゆうちょ銀行の振込先をご希望される方は、口座の記号・番号が記入されている通帳欄の(写)を添付してください。

- 助成金
- 助成回数 ... 年度に1回(2回接種した方は2回分の領収証を一緒に添付していただくことにより1回とみなします。)
- 申請方法 ... 本申請書をご記入の上、領収証の原本(接種者氏名・金額・季節性インフルエンザ予防接種である旨が記載されている)を添付して下記あてに申請してください。
※領収証にインフルエンザ予防接種とわかる記載がない場合は、明細書も併せて添付してください。
- 提出期限 ... 令和5年3月31日(金)(必着)
※助成金の振込みまでに2~3ヵ月程度かかります。なお、助成金の振込完了の通知は行いませんので、通帳などでご確認ください。

送付先・問合せ先はこちら

〒101-8325
東京都千代田区神田駿河台2-1
管工業健康保険組合 健康管理センター 管理課
Tel 03-3291-4535

※当健康管理センターでは、本事業により知り得た個人情報を法令に基づき適正にお取扱いします。

※支給決定額
円

※欄は記入しないでください。

【事業所用】管工業健康保険組合 季節性インフルエンザ予防接種助成金支給申請書

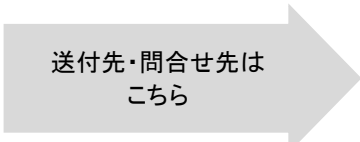
申請年月日		令和 年 月 日			
①申請者(事業所)	事業所記号				
	事業所名称				
	事業主名				
	事業所所在地	〒 -			
②接種者	番号				
	氏名				
	生年月日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日
	種別 (○をつけてください)	被保険者/被扶養者	被保険者/被扶養者	被保険者/被扶養者	被保険者/被扶養者
	接種日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日
	負担額	円	円	円	円
③助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫		支店	
		金融機関コード	支店コード		
	口座番号	普通 No.			
	フリガナ 口座名義人				



金融機関コード・支店コードは
忘れずご記入ください。
ゆうちょ銀行の場合は
通帳の写しを添付して
ください。

<季節性インフルエンザ予防接種助成金について>

- 対象者 … 被保険者及び被扶養者
【以下の方は申請できません】
・接種時に資格喪失となっていた方 ・管工業健保会館で接種した方 ・東振協の委託医療機関で利用券を使用して接種した方
・未承認ワクチン(フルミスト等)を接種した方
- 助成金額 … 医療機関に支払った額(ただし、助成金額は2,000円を限度とする。)
- 助成回数 … 年度に1回(2回接種した方は2回分の領収証と一緒に添付していただくことにより1回とみなします。)
- 申請方法 … 本申請書をご記入の上、**領収証の原本**(接種者氏名・金額・季節性インフルエンザ予防接種である旨が記載されている)を添付して下記あてに申請してください。
※領収証にインフルエンザ予防接種とわかる記載がない場合は、**明細書**も併せて添付してください。
- 提出期限 … **令和5年3月31日(金)**(必着)
※助成金の振込みまでに2~3カ月程度かかります。なお、助成金の振込完了の通知は行いませんので、通帳などをご確認ください。



送付先・問合せ先は
こちら

〒101-8325
東京都千代田区神田駿河台2-1
管工業健康保険組合 健康管理センター 管理課
TEL 03-3291-4535

※当健康管理センターでは、本事業により知り得た個人情報を法令に基づき適正にお取扱いします。

【事業所用】接 種 者 名 簿

事業所名称					事業所記号	
接 種 日	保険証番号	氏 名	負担額	種 別	生 年 月 日	
1	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
2	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
3	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
4	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
5	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
6	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
7	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
8	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
9	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
10	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
11	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
12	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
13	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
14	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
15	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
16	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
17	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
18	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
19	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
20	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
21	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
22	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
23	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
24	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
25	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
26	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
27	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
28	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
29	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	
30	年 月 日		円	被保険者 被扶養者	年 月 日	

記入例

※支給決定額

円

※欄は記入しないでください。

【事業所用】管工業健康保険組合 季節性インフルエンザ予防接種助成金支給申請書

申請年月日		令和 4 年 12 月 5 日		
①申請者(事業所)	事業所記号	9999		
	事業所名称	000 株式会社		
	事業主名	代表取締役 00 00		
	事業所所在地	〒 111 - 1111 東京都千代田区0001 - 1		
②接種者	番号	1111	1112	1113
	氏名	山田 太郎	田中 次郎	佐藤 花子
	生年月日	^S _H 49 年 6 月 1 日	^S _H 49 年 5 月 1 日	^S _H 50 年 7 月 7 日
	種別 (Oをつけてください)	<input checked="" type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 被扶養者	<input checked="" type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 被扶養者	<input checked="" type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 被扶養者
	接種日	R 4 年 11 月 15 日	R 4 年 12 月 4 日	R 4 年 11 月 1 日 4 11 14
	負担額	3,000 円	3,000 円	6,000 円
③助成金振込先	金融機関名	000 銀行 信用金庫 000 支店		
	金融機関コード	支店コード		
		7777	111	
	口座番号	普通 No. 7654321		
フリガナ 口座名義人	000 カブシキカイシャ ダイヒョウトリシマリヤク 0000 株式会社 代表取締役 00 00			

・申請者が5名以上の場合は、別紙【事業所用】接種者名簿をご利用ください。

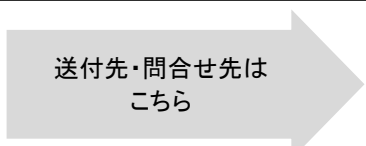
・2回接種の方は接種日を2日分ご記入ください。
負担額欄は、接種した2回分の領収証合計金額をご記入ください。

金融機関コード・支店コードは忘れずご記入ください。
ゆうちょ銀行の場合は通帳の写しを添付してください。

＜季節性インフルエンザ予防接種＞

- 対象者・・・
【以下】
・接種
・未承認
- 助成金額・・・医療機関に支払った額(ただし、助成金額は2,000円を限度とする。)
- 助成回数・・・年度に1回(2回接種した方は2回分の領収証と一緒に添付していただくことにより1回とみなします。)
- 申請方法・・・本申請書をご記入の上、領収証の原本(接種者氏名・金額・季節性インフルエンザ予防接種である旨が記載されている)を添付して下記あてに申請してください。
※領収証にインフルエンザ予防接種とわかる記載がない場合は、明細書も併せて添付してください。
- 提出期限・・・令和5年3月31日(金)(必着)
※助成金の振込みまでに2~3か月程度かかります。なお、助成金の振込完了の通知は行いませんので、通帳などをご確認ください。

・助成金振込先は、事業所名義の口座をご記入ください。
・金融機関コード及び支店コードは、通帳等でご確認の上、必ずご記入ください。
・ゆうちょ銀行の振込先をご希望される場合は、口座の記号・番号が記入されている通帳欄の(写)を添付



〒101-8325
東京都千代田区神田駿河台2-1
管工業健康保険組合 健康管理センター 管理課
Tel. 03-3291-4535

※当健康管理センターでは、本事業により知り得た個人情報を法令に基づき適正にお取扱いします。

※支給決定額
円

【任意継続用】

管工業健康保険組合 季節性インフルエンザ予防接種助成金支給申請書

※欄は記入しないでください。

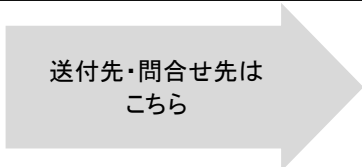


申請年月日		令和 年 月 日		記号・番号		9900	
①申請者(被保険者)		氏名		住所		〒 - - 日中の連絡先 TEL - -	
②接種者	氏名	1	2	3	4		
	生年月日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日		
	種別 (○をつけてください)	被保険者/被扶養者		被保険者/被扶養者		被保険者/被扶養者	
	接種日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日		
	負担額	円	円	円	円		
③助成金振込先	金融機関名		銀行 信用金庫		支店		
			金融機関コード	支店コード			
	口座番号		普通 No.				
	フリガナ 口座名義人 (被保険者)						

金融機関コード・支店コードは忘れずご記入ください。ゆうちょ銀行の場合は通帳の写しを添付してください。

<季節性インフルエンザ予防接種助成金について>

- 対象者 … 被保険者及び被扶養者
【以下の方は申請できません】
・接種時に資格喪失となっていた方 ・管工業健保会館で接種した方 ・東振協の委託医療機関で利用券を使用して接種した方
・未承認ワクチン(フルミスト等)を接種した方
- 助成金額 … 医療機関に支払った額(ただし、助成金額は2,000円を限度とする。)
- 助成回数 … 年度に1回(2回接種した方は2回分の領収証と一緒に添付していただくことにより1回とみなします。)
- 申請方法 … 本申請書をご記入の上、**領収証の原本**(接種者氏名・金額・季節性インフルエンザ予防接種である旨が記載されている)を添付して下記にて申請してください。
※領収証にインフルエンザ予防接種とわかる記載がない場合は、**明細書**も併せて添付してください。
- 提出期限 … **令和5年3月31日(金) (必着)**
※助成金の振込みまでに2~3ヵ月程度かかります。なお、助成金の振込完了の通知は行いませんので、通帳などでご確認ください。



〒101-8325
東京都千代田区神田駿河台2-1
管工業健康保険組合 健康管理センター 管理課
Tel 03-3291-4535

※当健康管理センターでは、本事業により知り得た個人情報を法令に基づき適正にお取扱いします。

記入例

※支給決定額

円

※欄は記入しないでください。

【任意継続用】

管工業健康保険組合 季節性インフルエンザ予防接種助成金支給申請書

申請年月日		令和 4年12月 5日			
①申請者(被保険者)	氏名	健保 太郎		記号・番号	9900 ・ 123
	自宅住所	〒101-8325 日中の連絡先 TEL 03 (3291) XXXX・090 (1234) XXXX 東京都千代田区00002-1			
②接種者	氏名	1 健保 太郎	2 健保 花子	3 健保 一郎	・2回接種の方は接種日を2日分ご記入ください。 負担額欄は、接種した2回分の領収証合計金額をご記入ください。
	生年月日	④ H 49年 6月 1日 R	④ H 49年 5月 1日 R	④ H 7年 7月 7日 R	
	種別 (○をつけてください)	被保険者/被扶養者	被保険者/被扶養者	被保険者/被扶養者	
	接種日	R 4年11月 15日	R 4年 12月 4日	R 4年 11月 1日 4 11 14	
	負担額	3,000 円	3,000 円	6,000 円	
③助成金振込先	金融機関名	〇〇〇 銀行 信用金庫 △△△ 支店		金融機関コード・支店コードは忘れずご記入ください。ゆうちょ銀行の場合は通帳の写しを添付してください。	
		金融機関コード	支店コード		
		1234	567		
	口座番号	普通 No. 1234567			
	フリガナ 口座名義人	ケンボ タロウ 健保 太郎			

「季節性インフルエンザ予防接種補助金について」

- 対象
 - ・助成金振込先は、被保険者ご本人名義の口座をご記入ください。
 - ・金融機関コード及び支店コードは、通帳等でご確認の上、必ずご記入ください。
 - ・ゆうちょ銀行の振込先をご希望される方は、口座の記号・番号が記入されている通帳欄の(写)を添付してください。
- 助成金
- 助成回数 …… 年度に1回(2回接種した方は2回分の領収証を一緒に添付していただくことにより1回とみなします。)
- 申請方法 …… 本申請書をご記入の上、領収証の原本(接種者氏名・金額・季節性インフルエンザ予防接種である旨が記載されている)を添付して下記あてに申請してください。
※領収証にインフルエンザ予防接種とわかる記載がない場合は、明細書も併せて添付してください。
- 提出期限 …… 令和5年3月31日(金)(必着)
※助成金の振込みまでに2~3か月程度かかります。なお、助成金の振込完了の通知は行いませんので、通帳などでご確認ください。

送付先・問合せ先は
こちら

〒101-8325
東京都千代田区神田駿河台2-1
管工業健康保険組合 健康管理センター 管理課
Tel 03-3291-4535

※当健康管理センターでは、本事業により知り得た個人情報を法令に基づき適正にお取扱いします。