

※ 支 給 決 定 額
円

※欄は記入しないでください。



記入例

【個人用】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

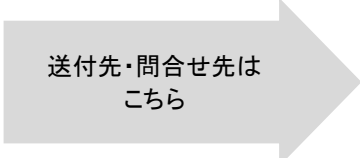
申請年月日		令和 年 月 日			
① 申請者(被保険者)	氏名	記号・番号			
	自宅住所	〒 - 日中の連絡先 TEL - -			
	事業所名称				
② 接種者	氏名	1	2	3	4
	生年月日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日
	種別 (〇をつけてください)	被保険者/被扶養者	被保険者/被扶養者	被保険者/被扶養者	被保険者/被扶養者
	接種日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日
	負担額	円	円	円	円
③ 助成金振込先	金融機関名	銀行 支店 信用金庫			
		金融機関コード	支店コード		
	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・店コードは
忘れず記入ください。

・ゆうちょ銀行の場合は
通帳の【店名】、【店番】、
【預金種目】、【口座番号】が
記載されている部分の
コピー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)を添付して下記送付先へ申請してください。
※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6年3月29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。

【個人用】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 5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	・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	S H R 5年6月1日	S H R 6年5月1日	S H R 30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	被保険者 被扶養者	
	接種日	R 5年11月15日	R 5年12月4日	R 5年11月11日 5 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・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【店名】、【店番】、【預金種目】、【口座番号】が記載されている部分のコピー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	ケンボ タロウ			
	口座名義人	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、通帳の【店名】、【店番】、【預金種目】、【口座番号】が記載されている部分のコピー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)を添付して下記送付先へ申請してください。
※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6年3月29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。

※ 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		※この申請書では、個人口座へのお振込みはできません。	
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
	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	年 月 日	R	年 月 日
	負担額		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・当座 No.			
	フリガナ 口座名義人			

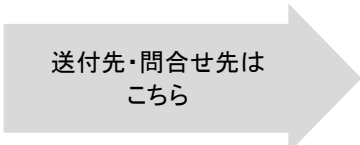


・**事業所名義の口座**をご記入ください。
 ※**個人口座へのお振込みはできません。**

・ゆうちょ銀行の場合は通帳の[店名]、[店番]、[預金種目]、[口座番号]が記載されている部分の**コピーを添付**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)を添付して下記送付先へ申請してください。
 ※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6年3月29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。



〒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 5 年 12 月 5 日		※この申請書では、個人口座へのお振込みはできません。	
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 / _R 5 年 6 月 1 日	^S / _R 6 年 5 月 1 日	^S / _R 60 年 7 月 7 日	
	種別 (Oをつけてください)	<u>被保険者</u> 被扶養者	<u>被保険者</u> 被扶養者	<u>被保険者</u> 被扶養者	
	接種日	R 5 年 11 月 15 日	R 5 年 12 月 4 日	R 5 年 11 月 1 日 5 11 14 年 月 日	
	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	カブシキカイシャ ダイヒョウトシマリヤク 0000				
口座名義人	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。

・事業所名義の口座をご記入ください。
※個人口座へのお振込みはできません。

・ゆうちょ銀行の場合は通帳の【店名】、【店番】、【預金種目】、【口座番号】が記載されている部分のコピーを添付してください。

＜季節性インフルエンザ予

●対象

・助成金振込先は、事業所名義の口座をご記入ください。
※個人口座へのお振込は出来ません。

●助成金

●助成回

●申請方

・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、通帳の【店名】、【店番】、【預金種目】、【口座番号】が記載されている部分のコピーを添付してください。

●提出期限

… 令和6年3月29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。

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

【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。

記入例

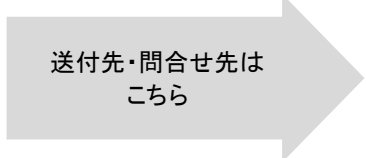


申請年月日		令和 年 月 日		記号・番号		9900			
① 申請者(被保険者)		氏名		住所		〒 - 日中の連絡先 TEL - -			
② 接種者		氏名		1	2	3	4		
		生年月日		S H R 年 月 日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日	S H R 年 月 日		
		種別 (○をつけてください)		被保険者/被扶養者		被保険者/被扶養者		被保険者/被扶養者	
		接種日		R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日		
		負担額		円	円	円	円		
③ 助成金振込先		金融機関名		銀行 信用金庫		支店			
				金融機関コード	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・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〔店名〕、〔店番〕、〔預金種目〕、〔口座番号〕が記載されている部分のコピー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)を添付して下記送付先へ申請してください。
※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6年3月29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 5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 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			
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	S H R 5年6月1日	S H R 6年5月1日	S H R 30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	被保険者/被扶養者	
	接種日	R 5年11月15日	R 5年12月4日	R 5年11月1日 5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	支店コード		
		1234	567		
	口座番号	普通 No. 1234567			
	フリガナ 口座名義人	ケンポ 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・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【店名】、【店番】、【預金種目】、【口座番号】が記載されている部分のコピーを添付してください。

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、通帳の【店名】、【店番】、【預金種目】、【口座番号】が記載されている部分のコピー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)を添付して下記送付先へ申請してください。
※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6年3月29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。