

記入例

インフルエンザ予防接種・感染症対策予防接種補助金申請書

添付資料：領収書の原本（コピー不可・申請書の裏面にのり付）

82～83ページの「個人情報の取り扱いについて」を読んで、被保険者氏名をご記入ください。

健康保険証を見て、正しくご記入ください。

領収書の宛名は、接種された方の個人名が必要です。健康保険証に記載の氏名と同じ漢字・スペルで発行してもらってください。

領収書は、1人1枚ずつ発行してもらってください。連名での発行の場合は不可です。

領収書または明細書にてワクチン名を確認できる必要があります。記載がない時は保健事業部にお問い合わせください。

検索 IBM健保 → 健診・健康サポート → 補助金申請
送付先：日本アイ・ビー・エム健康保険組合 保健事業部 (HZD-YY1)
(〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウイング10階)
※確認 領収書は添付しましたか？

処理番号

2024年度 (2024年4月1日～2025年3月31日) インフルエンザ予防接種・ 感染症対策予防接種補助金申請書

1. 該当する検診の□にチェック印をつけてください。
1枚の申請書で申請できるのは、1人につき1項目となります。
複数申請する場合はコピーしてご利用ください。

必ず確認してください！
12～15ページ参照

インフルエンザ予防接種 (補助金上限3,000円) 対象：2024年9月～2025年1月接種分
 感染症対策予防接種 (補助金上限10,000円) 対象：2024年4月～2025年3月接種分

2. 請求年月日 西暦 2024 年 11 月 15 日
電話番号 (連絡がつく番号) XX - XXXX - XXXX 会社 自宅

3. 申請者 (被保険者)
82～83ページの「個人情報取り扱いについて」をお読みいただき、同意の場合は、被保険者氏名欄に氏名をご記入ください。氏名をご記入いただくことで、同意いただいたものとさせていただきます。
被保険者証 記号 X:X:X:X:X:X:X:X 番号 00 枝番 フリガナ ケンボ太郎 被保険者氏名 健保太郎

4. 利用者 (被保険者、被扶養者)
フリガナ ケンボイチロウ (西暦) XXXX年 X月 XX日生 (本人 家族) 健保一郎 (統稱 長男)
健診料金 5,000円 利用年月日 (西暦) 2024年 10月 10日 ～ 2024年 11月 12日

1項目につき年1回しか利用できません 補助金決定額 円

補助金の支給方法
—日本アイ・ビー・エム社員：給与振込
—関連会社 (健保加入事業所)：関連会社経由
—上記以外の方：健保登録済みの指定口座 (毎月15日締切、翌月または翌々月 (給与) 支払い)
添付資料：領収書の原本 (コピー不可・申請書の裏面にのり付)
(注) 領収書は返却できません。予防接種の費用は医療費控除の対象外です。

※申請書類はすみやかに提出してください。申請書の提出締切は2025年3月31日 (月) 必着です。締切後の到着は申請をお受けできません。

処理担当者印 健保担当者印

領収書発行元の名前・住所・発行日・領収印または担当者印が必要です。発行日と接種日が異なる場合は、接種日を記載してもらってください。

2回接種した方は合計金額を税込みでご記入ください。

領収書

発行日 2024年10月10日
医療法人〇〇クリニック 印
〒●●●●●●●●●●
東京都●●●●●●●●●●
電話△△△-△△△△-△△△△

患者番号 0121	氏名 健保一郎	初・再診料	投薬料	注射料	処置料	手術料	検査料	画像料	処方箋料
保険									
自費									
患者番号 0121	氏名 健保一郎	初・再診料	予防接種	健診・ドック	文書料				
保険									
自費			2,500						
患者番号 0121	氏名 健保一郎	予防接種	健診						
保険									
自費		2,500							
領収金額 2,500									領収金額 2,500
インフルエンザ1回目									領収金額 2,500
インフルエンザ2回目									領収金額 2,500

送付先：日本アイ・ビー・エム健康保険組合 保健事業部 (H2D-YY1)
 (〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウィング10階)

確認! 領収書は添付しましたか?

2024年度 (2024年4月1日~2025年3月31日)

インフルエンザ予防接種・ 感染症対策予防接種補助金申請書

必ず確認してください!

12~15ページ参照

1. 該当する検診の□にチェック印をつけてください。
 1枚の申請書で申請できるのは、1人につき1項目となります。
 複数申請する場合はコピーしてご利用ください。

- インフルエンザ予防接種 (補助金上限3,000円) 対象：2024年9月~2025年1月接種分
 感染症対策予防接種 (補助金上限10,000円) 対象：2024年4月~2025年3月接種分

2.

請求年月日			
西暦	年	月	日

電話番号 (連絡がつく番号)		
—	—	会社 自宅

3. 申請者 (被保険者)

82~83ページの「個人情報の取り扱いについて」をお読みいただき、同意の場合は、被保険者氏名欄に氏名をご記入ください。氏名をご記入いただくことで、同意いただいたものとさせていただきます。

被保険者証	記号	番号	枝番	フリガナ
			00	被保険者 氏名

4. 利用者 (被保険者、被扶養者)

フリガナ		(西暦)	年	月	日生	男	本人
利用者氏名					(歳)	女	家族
							(続柄)
健診料金額	円	利用年月日 (西暦)	年	月	日	~	日
					年	月	日

1項目につき年1回しか利用できません

健保記入欄 (ここは記入しないでください)

補助金決定額	円
--------	---

補助金の支給方法

- 日本アイ・ビー・エム社員：給与振込
- 関連会社 (健保加入事業所)：関連会社経由
- 上記以外の方：健保登録済みの指定口座 (毎月15日締切、翌月または翌々月 (給与) 支払い)

添付資料：領収書の原本
 (コピー不可・申請書の裏面にのり付)

(注) 領収書は返却できません。予防接種の費用は医療費控除の対象外です。

※申請書類はすみやかに提出してください。
 申請書の提出締切は2025年3月31日 (月) 必着です。
 締切後の到着は申請をお受けできません。

処理担当者印	健保担当者印