

処理番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

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？

2025年度 (2025年4月1日～2026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。



1項目につき年1回しか利用できません

- インフルエンザ予防接種** 対象：2025年9月～2026年1月接種分
 13歳以上：3,000円
 12歳以下：5,000円
 を上限とした実費
*年齢は接種日時点
 **1回目接種日が12歳以下であれば2回目接種日が13歳でも5,000円を上限に実費を補助します
- 感染症対策予防接種** 対象：2025年4月～2026年3月接種分 (補助金上限10,000円)

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)

78～79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	～	年 月 日

※2回接種の場合は1回目の接種日を記入してください。

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2026年3月31日 (火) 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