

インフルエンザワクチン接種 費用補助申請書

事業所名		被保険者等 記号番号	①記号	
部署番号 (BS本体所属のみ)			②番号	
被保険者 氏名	※被保険者等記号・番号は、Pep Up・健康保険証・資格確認書・マイナポータルの			
被保険者 生年月日	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">健康保険被保険者証 本人 (被保険者・被扶養者) 交付日 令和●●年●●月●●日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">記号 ●●●●●●●●</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">番号 ●●●●●●●●</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 60%;"> <p>氏名 健保 太郎</p> <p>生年月日 平成○○年○○月○○日</p> <p>資格取得 令和○○年○○月○○日</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>性別 男</p> <p>QR</p> </div> </div> <div style="font-size: 8px; margin-top: 5px;"> <p>事業所名称 株式会社○○○○○</p> <p>保険者所在地 東京都港区南麻布5-1-7</p> <p>保険者番号 06132039</p> <p>保険者名称 ブリヂストン健康保険組合 000164522</p> </div> </div>			
連絡先				
	E-MAIL:			

区分	接種者氏名	続柄	領収書金額	接種区分	費用補助申請額 領収書金額の50% (上限 3,500円)
被保険者	本人	本人		<input type="checkbox"/> 注射1回法 <input type="checkbox"/> 注射2回法 <input type="checkbox"/> 点鼻(第一三共株式会社のフルミスト)	
被扶養者				<input type="checkbox"/> 注射1回法 <input type="checkbox"/> 注射2回法 <input type="checkbox"/> 点鼻(第一三共株式会社のフルミスト)	
被扶養者				<input type="checkbox"/> 注射1回法 <input type="checkbox"/> 注射2回法 <input type="checkbox"/> 点鼻(第一三共株式会社のフルミスト)	
被扶養者				<input type="checkbox"/> 注射1回法 <input type="checkbox"/> 注射2回法 <input type="checkbox"/> 点鼻(第一三共株式会社のフルミスト)	
被扶養者				<input type="checkbox"/> 注射1回法 <input type="checkbox"/> 注射2回法 <input type="checkbox"/> 点鼻(第一三共株式会社のフルミスト)	
ワクチン接種費用補助申請 合計額					

(※必ず✓を入れてください) 接種区分に誤りがないことを確認のうえ、申請いたします。

【注意事項】申請内容に不備がある場合補助できないことがあります。申請前に必ずご一読いただき、上にチェックを入れてください。	
対象者	・ブリヂストン健康保険組合の被保険者及び被扶養者。家族であっても、被扶養者でない場合は申請できません。
補助金額	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書金額(A)の50%(ただし上限は3,500円)の金額を補助します。 ・費用補助申請額が上限3,500円を超える場合は、「費用補助申請額」の欄に「3,500(円)」と記入してください。 ・2回接種の場合は「接種区分」の「<input type="checkbox"/>注射2回法」にチェックし、必ず2回分をまとめて請求してください。 ・領収書金額の誤転記や費用補助申請額の誤計算など、軽微な修正は健保で行うことがあります。ご了承ください。 ・フルミストは 国内で承認された「第一三共株式会社のフルミスト」のみが補助対象です。(他メーカーのフルミストは対象外)
振込及び通知	・補助金額を被保険者給与口座に振り込み、通知に代えさせていただきます。
申請の単位	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯で1枚の申請書にまとめて申請ください。枠が足りない場合は、申請書を2枚合わせて提出ください。 ・世帯内でそれぞれが被保険者の場合は、世帯1枚ではなく被保険者毎に申請ください。
補助対象接種期間	・2025年9月1日(月)～2025年12月31日(水)(接種当日に健保資格があること)です。 2026年1月1日以降の接種分は補助できません。
申請書提納期	・2026年1月16日(金) 健康保険組合(1930A) インフルエンザ担当者 必着です。 上記以降の申請は受付不可です。ただし、(株)ブリヂストン本社以外は事業所ごとに取りまとめる都合上、1/16(金)より早まります。 詳しくは各事業所の担当者にお問い合わせください。
提出先	・各事業所の担当者に提出ください。 (株)ブリヂストン本社(支店含む)・任継者は健康保険組合(1930A)へ直接提出ください。
領収書	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書は医療機関の領収印のある原本を提出ください。レシート、コピーは不可です。 ・領収書に「インフルエンザワクチン接種代」の項目を必ず記載するよう医療機関に依頼ください。記載がないと受け付けません。 ・複数人数で会計をまとめられた場合は、誰の接種かわかるように、接種者氏名を記入ください。
領収書の添付	・途中紛失のないよう申請書裏面に貼付ください。サイズが大きい場合はホチキス留めでも構いません。