

申請書は接種される補助対象者すべての接種が済んでから、まとめて申請してください。
3,000円（一人あたり）を限度として補助を行います。
申請締切日 2026年3月6日

「インフルエンザ予防接種」補助金申請書

記入例

下記のとおり「インフルエンザ予防接種」を受けましたので、補助金を申請します。

請求日: 2025 年 10 月 1 日

【申請する方】

社 員 番 号	事 業 所 の 名 称
99999	会社名記載
被 保 険 者 氏 名	
フリガナ ケンポ タロウ	
健保 太郎	
確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※確認欄に☑チェックをお願いいたします。
✓	

接 種 年 月 日
2025 年 10 月 1 日

←ご家族の接種日がそれぞれ異なる場合は、
一番最初の接種日を記入してください。

【接種した方】

補助の対象となる方は、接種の日に当組合の被保険者・被扶養者の資格がある方です。

資 格	氏 名	接 種 し た 医 療 機 関 名		補 助 請 求 額
		接 種 年 月 日	支 払 っ た 費 用	
被 保 険 者		医 療 機 関 名	× × × クリニック	3,000 円
		2025 年 10 月 1 日	4,500 円	
被 扶 養 者①	健保 花子	医 療 機 関 名	× × × クリニック	3,000 円
		2025 年 10 月 1 日	4,500 円	
被 扶 養 者②		医 療 機 関 名		円
		年 月 日	円	
被 扶 養 者③		医 療 機 関 名		円
		年 月 日	円	
被 扶 養 者④		医 療 機 関 名		円
		年 月 日	円	
被 扶 養 者⑤		医 療 機 関 名		円
		年 月 日	円	
接 種 し た 方 の 合 計 人 数		支 払 っ た 費 用 の 合 計		補助請求額の合計
2 人		9,000 円		6,000 円

申請書は接種される補助対象者すべての接種が済んでから、まとめて申請してください。
3,000円（一人あたり）を限度として補助を行います。

【申請上の注意】

接種期間	今回、補助の対象となるのは2025年10月から2026年2月までの間に接種した「インフルエンザ予防接種」の費用に対してとなります。		
申請の回数	申請書の提出は ご家族まとめて1回限り です。 接種されるご家族全員の接種が済んでから、まとめて申請してください。		
申請先	●地方事業所以外に勤務の被保険者は 直接、トプコン健康保険組合へ ●地方事業所に勤務の被保険者は 各事業所ご担当者へ		
申請締切日	各月末（但し、最終は2025年3月7日必着分までとします）		
支払った費用 と補助申請額	ご家族お1人ずつの支払った費用と補助請求額を記入してください。 補助申請額は、お一人当り3,000円が限度です。 ただし、支払った費用の範囲内となります。		
2回接種 された方の場合	医師の判断により2回接種された場合、2回分まとめてご記入ください。		
	記入方法	接種年月日	1回目の接種日を記入してください。
		支払った費用	2回分の合計金額 を記入してください。

【補助金の支払方法】

申請書を受付した翌月20日に事業主を通してお支払いします。

領 収 証 貼 付 欄
接種医療機関が発行した「領収証」(原本)を貼付してください。(必須) 領収書(レシート不可)には次の項目を明記してもらってください。 【1】接種者氏名(複数人数で接種の場合、人数分発行してもらってください) 【2】受診内容(インフルエンザ予防接種と明記) 【3】医療機関名 【4】接種年月日

不明な点は健康保険組合までお問合せ下さい。(電話番号03-3966-1244)