

# 被扶養者インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

## 《提出書類》

- 被扶養者インフルエンザ予防接種補助金支給申請書
- 領収証(書)の原本 ⇒ 全ての口が記載されている事  
□接種者氏名 □接種日 □接種代金 □医療機関等名 □医療機関等の領収印 □インフルエンザ予防接種代但し書き  
※領収証(書)にインフルエンザ予防接種代と記載がない場合は、診療明細書、予防接種済証等の写しを添付して下さい。  
※領収証(書)が手元にない場合は、医療機関等で再発行して下さい。

被 保 険 者 情 報 記 入 欄	提出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 太枠内にもれなく記入してください	
	被保険者証		被保険者 氏名	被保険者 電話番号 (日中の連絡先)
	記号	番号	印 自署の場合は押印を省略できます	
被保険者 住所				
(〒 - ) 都 道 府 県				

接 種 者 ( 被 扶 養 者 ) 情 報 記 入 欄	被扶養者(ご家族)氏名		接種金額	被扶養者(ご家族)氏名		接種金額
	1	フリガナ		円	4	フリガナ
2	フリガナ		円	5	フリガナ	円
3	フリガナ		円	6	フリガナ	円

マーキュリー健康保険組合 理事長 殿

上記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者名 \_\_\_\_\_

- 注) 1. 補助対象者は、インフルエンザ予防接種時点でマーキュリー健康保険組合の被扶養者であること。  
**被保険者はマーキュリー福利厚生会加入の場合、福利厚生会インフルエンザ予防接種補助金申請が可能です。被保険者は本申請書では申請出来ませんのでご注意ください。**
- 該当接種期間は、令和6年4月1日～令和7年1月末日とします。
  - 補助額は上限3,000円/人を限度とします。予防接種費用が3,000円未満の場合には実費を補助します。
  - 領収書は世帯単位ではなく、個人ごとに添付してください。  
お子様などで1人の方が2回に分けて接種する場合は、1回目が上限を超えない場合のみ2回分の領収書を一緒に提出してください。  
別々に申請された場合は、後から申請された分は不支給になります。
  - 自治体の助成の利用が優先です。自治体の助成がある場合は、助成額を除いた自己負担(上限3,000円)が対象になります。  
自治体からの助成額を確認できる書類の提出をお願いします。
  - 補助金は、マーキュリー健康保険組合登録の被保険者名義銀行口座に支給します。**
  - 本申請は原則一世帯につき1枚の申請です。被扶養者が6名を超える場合にのみ本書をコピーして申請して下さい。

書類提出先：〒169-0073  
東京都新宿区百人町1-22-17 新宿リサーチパークビル  
マーキュリー健康保険組合 宛

受付印

健 保 記 入 欄	支給金額	常務理事	事務長	担当	担当
	円				