

受付印

## インフルエンザ予防接種補助金申請書【令和6年度用】

保険証の記号・番号 (※ご注意：06230890は違います)	事業所名(任意継続の方は不要)	会員名(会員も申請する場合は申請者記入欄に記入要)
—		

次のとおり請求します。補助金の受領は健保担当部署責任者に委任します。

申請者記入欄	予防接種補助対象者名 (会員・被扶養者のみ)	生年月日(和暦)	接種日①	接種日② (12歳以下のお子様のみ記入可)	接種費用 (①②の合計額)
		昭和・平成・令和 年 月 日	月 日	月 日	円
		昭和・平成・令和 年 月 日	月 日	月 日	円
		昭和・平成・令和 年 月 日	月 日	月 日	円
		昭和・平成・令和 年 月 日	月 日	月 日	円
		昭和・平成・令和 年 月 日	月 日	月 日	円
委任欄	補助金の受領を健保担当部署責任者【 】に委任します。				

T・G特別医療共済会 理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

上記のとおりインフルエンザ予防接種を実施しましたので補助金の申請をいたします。

補助対象接種期間：令和6年10月1日頃～令和7年1月31日

申請書提出締切日：令和7年2月13日 必着

必要事項：太枠内（保険証の記号・番号・事業所名・会員名・  
予防接種補助対象者名・生年月日・接種日・接種費用）の記入、  
領収書（コピー）の添付

提出先：会社の窓口部署（任意継続の方は共済会事務局）

共済会事務局：〒461-0001 名古屋市東区泉一丁目23番36号 NBN泉ビル3F  
トヨタ販売連合健康保険組合内 T・G特別医療共済会

## 【注意事項】

- ① 委任欄は何も記入しないで会社の窓口部署（任意継続の方は共済会事務局）へご提出ください。
- ② 補助対象は会員・被扶養者（接種日時点トヨタ販売連合健康保険組合の資格のある方）です。
- ③ 自己負担額が補助金額を下回った場合は、自己負担額まで補助いたします。
- ④ 年度内にお一人様一回限り補助いたします。
- ⑤ 補助金は会社経由でお支払いいたします。また任意継続の方は、任意継続資格取得時の登録口座へお支払いいたします。
- ⑥ 領収書について
  - ・領収書(コピー)は必ず添付してください。
  - ・「領収書糊付け箇所」に左とじで糊付け（ホッチキス、セロハンテープ厳禁）してください。
  - ・領収書は返却できませんのでご注意ください。（特にセルフメディケーション税制申告で領収書（原紙）を使用される方）
- ⑦ 2回接種の場合について（12歳以下のお子さま）
  - ・申請は2回分を1度にまとめて申請してください。
  - ・接種日①、②を記入し、接種費用欄は2回の合計額を記入してください。
- ⑧ 提出締切日を過ぎての申請は受理いたしません。必ず提出締切日までにご提出ください。

※ 申請についてご不明な点は、早目に会社の窓口部署または共済会事務局までお問合せください。

※ ご記入いただいた個人情報は補助金支給以外の目的で使用することはありません。

領収書糊付け箇所（左とじ）※ホッチキス・セロハンテープ厳禁  
申請書からはみ出ないように重ね付けしてください