

2025 年度 インフルエンザ予防接種補助 申請書

被保険者氏名 (従業員氏名)							
健康保険の 記号と番号	記号		番号				
連絡先	() -						
接種者氏名 (お子様)	生年月日 (2010 年 4 月 2 日～2025 年 4 月 1 日)			接種日			
	年	月	日	月 日			
	年	月	日	月 日			
	年	月	日	月 日			

【2025 年度 予防接種補助の内容】

対象ワクチン	インフルエンザワクチン *フルミストも対象
対象者	2010 年 4 月 2 日～2025 年 4 月 1 日生まれの被扶養者（生後 6 ヶ月～中学 3 年生）
接種期間	2025 年 10 月 1 日(水)～2026 年 1 月 31 日(土) *期間外の接種は補助対象外
補助額	上限2,000円／人 *接種代金が 2,000 円未満の場合は実費分を補助 *予診のみでワクチンを接種されない場合にかかる費用は補助対象外
補助回数	おひとり1回まで *2 回接種の場合でも補助は 1 回分のみ
補助の受け方	①医療機関の窓口で予防接種代を全額支払う ②インフルエンザ予防接種申請書(本紙)と領収書(原本)を下記申請先に送付 *領収書は接種者氏名・支払金額・接種日・医療機関名の記載がある事 *領収書又は明細書で「インフルエンザ予防接種」の項目が表示されている事 *補助金は 2 ヶ月後に給与振り込み
申請期限	2026年2月27日(金)健保必着 *期限後の申請は受付できません
申 請 先	〒471-0832 愛知県豊田市丸山町 6-22 トヨタ自動車健康保険組合 予防接種係 電話 (0565)28-0079

ご提供いただいた個人情報は、インフルエンザ予防接種補助事業以外の目的では利用いたしません。

【お問い合わせ】 トヨタ自動車健康保険組合 予防接種係
電話(0565)28-0079 月～金 8：30-12：30 / 13：30-17：30

▼休職中等の理由で、インフルエンザ予防接種補助金を給与振り込みできない方

下記の銀行口座指定用紙をご記入の上、インフルエンザ予防接種申請書と領収書（原本）を合わせてトヨタ健保へ送付ください。

銀行口座指定用紙

健康保険の記号・番号	金融機関名	支店名	口座番号（普通）	健保着時の日付印 （※健保処理欄）
-		支店		
従業員氏名	銀行番号	店番号	口座名義（カタカナ記入）	
連絡先(口座不備等で振り込みが出来なかった場合にご連絡します)	TEL （ ） - E-Mail			

ご提供いただいた個人情報は、インフルエンザ予防接種補助事業以外の目的では利用いたしません。