

2024 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 (2009 年 4 月 2 日～2024 年 4 月 1 日)			接種日			
	年	月	日	月 日			
	年	月	日	月 日			
	年	月	日	月 日			

【2024 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
対象者	2009 年 4 月 2 日～2024 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	2024 年 10 月 1 日(火)～2025 年 1 月 31 日(金) ※期間外の接種は補助の対象外です。
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の対象外
補助回数	1 回／人 ※2 回接種の場合でも補助は 1 回分のみ
補助の受け方	窓口で予防接種代を全額負担後に健保に申請 インフルエンザ予防接種申請書（本紙）と領収書を添付してください。 ※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 ヶ月後の給与に組入れてお支払致します。
申請期限	2025年2月28日(金)健保必着 ※期限後の申請は受付できません。
申請先	社内便 区分：健保 部署：予防接種係 郵便 〒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