

インフルエンザ予防接種補助金申請書

デル健康保険組合 御中

※2025年2月20日(木)デル健保必着

社員番号		氏名	※下記の接種につき補助金を申請します。 本請求に基づく補助金受領を所属事業主に委任致します。	申請日	年 月 日
記号	番号			チェック リスト	<input type="checkbox"/> 領収書の宛名は接種者氏名 であるか <input type="checkbox"/> 領収書の但し書きは「イン フルエンザ予防接種代」と記載 されているか

予防接種を受けた方の氏名	続柄	接種日		支払った費用	支給金額 (健保使用欄)
		1回目	年 月 日	円	円
		2回目	年 月 日		
		1回目	年 月 日	円	円
		2回目	年 月 日		
		1回目	年 月 日	円	円
		2回目	年 月 日		
		1回目	年 月 日	円	円
		2回目	年 月 日		
		1回目	年 月 日	円	円
		2回目	年 月 日		
				合計	円

支払先	※退職後の申請および任意継続被保険者の場合のみご記入下さい。		
	銀行	支店 口座番号	名義人

【対象者】

接種日にデル健康保険組合の「被保険者」「被扶養者」の資格のある方

【補助対象期間】

2024年10月1日～2025年1月31日に社外医療機関で受けた接種

【添付書類】

領収書(接種者氏名と但し書きに「インフルエンザ予防接種補助代」と記載されているもの)

受付日付印

【お問い合わせ先】

デル健康保険組合
TEL:03-6885-3537

Mail:JP_Dell_Kenpo@Dell.com

【提出期限】

2025年2月20日(木) デル健康保険組合 必着

※申請方法、申請書提出先は補助要項参照