

原則iBss(アイビス)での申請をお願いします。

iBssでの申請方法については当健保のHPにてご確認ください。

<https://www.jastkenpo.or.jp/index.html>

トップページ>お知らせ一覧>インフルエンザ予防接種補助申請の受付を開始いたします

常務理事	担当者	担当者	担当者

インフルエンザ予防接種補助金申請書

JAST健康保険組合 御中

下記のとおり実施しましたので、補助金を申請します。

(①～④に必要な事項を記入し、⑤に「領収証原本」を貼付してください。)

① 申請者

被保険者等 記号・番号	〇〇〇 ・ 〇〇〇	所属	大阪本社・東京本社・退職済
被 保 険 者 氏 名	健保 太郎		
住 所	〒530-0005 大阪府大阪市北区中之島〇-〇-〇 〇〇マンション〇号室		
電 話 番 号	06-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

② 接種内容

接種者氏名	本人 家族	生年月日	接種年月日	接種に要した費用
健保 太郎	本・家	昭和 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	3500 円
健保 花子	本・家	昭和 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	3500 円
健保 一郎	本・家	昭和 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	7000 円
	本・家	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
	本・家	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	円

③ 給付金受領方法

I～IIIいずれかを選択し、チェックをつけてください。

※会社にて在籍している場合は、原則 I の選択をお願いいたします。

☒ I. 給付金の受領を会社にて委任します(給与口座での受領)。

⇒ 裏面④振込銀行口座のご記入は不要です。

☐ II. 給付金の受領は被保険者本人がいたします(給与口座以外での受領)。

⇒ 裏面④振込銀行口座をご記入ください。

☐ III. 給付金の受領を会社以外にて委任します。

⇒ 委任状と裏面④振込銀行口座をご記入ください。

③給付金受領方法で I、II を選択した場合は記入不要です。

④ 振込銀行口座

③でⅠを選んだ方は記入不要です。Ⅱを選んだ方は被保険者本人名義の口座を、Ⅲを選んだ方は委任された方名義の口座をご記入ください。

③給付金受領方法でⅠを選択した場合は記入不要です。

※被保険者名義の口座以外へのお振込みの場合は委任状が必要となります。

⑤ 領収証貼付欄（必須）

領収書の添付は必須です。

のりしろ

収 証

例

健康保険組合

令和〇〇年〇月〇日

② ¥3,500

③ 但 インフルエンザ予防接種代として

令和〇〇年〇月〇日接種分

④

大阪市〇〇区〇〇町1-1-1

〇〇医院

医院長 組合 太郎

⑤

印

見本

※領収証には次の5つの記載が必要です。

- ①接種者の個人名フルネーム（会社名不可）
- ②接種費用
- ③接種内容『インフルエンザ』の記載必須
- ④接種年月日 ※領収日と接種日が異なる場合のみ必須
- ⑤医療機関名と領収印等

申請にあたっての注意点

対象接種期間 : 令和8年10月1日（木）～令和8年12月31日（木）

対象者 : 接種日当日に当組合の資格がある被保険者及び被扶養者
日本国内の医療機関等で接種を受けた方のみとします。

補助金額 : 一人当たり上限2,000円（年度に1回）

自己負担額が2,000円未満の場合は実費補助とします。

医師の指導等により複数回接種を受けた場合でも上限額は変わりません。

申請期限 : 令和9年1月31日（日）まで