

令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種補助金申請書

＜予防接種後、速やかに提出願います＞

事業所名 (レ点)	☐ ホールディングス ☐ ポーラ ☐ ポーラ流通センター ☐ リアルエステート ☐ トリコ ☐ ポーラ化成 ☐ オルビス ☐ ACRO ☐ DECENCIA		
所属部署名			
従業員番号			
被保険者 記号・番号	—	被保険者名	
接種者氏名 (当健保加入者)			
令和9年2月以前に退職予定の方 ・今回補助金は原則として全員「令和9年2月の給与」に加算して支給する予定です。 ・この申請書を提出後、ご退職された方につきましても在職時の給与口座に、令和9年2月末日迄に健保より直接補助金を振り込ませていただきますが、退職後にその口座が利用できないご事情のある方のみ、別の振込み口座と退職予定年月を記入して下さい。 ・退職後の在職時給与口座・本人申請振込み口座どちらもエラーが発生した場合は、補助金の支払いができない場合があります。			
退職予定年月： ()年 ()月			
振込先 (被保険者名義)	銀行 信用金庫		本店 支店
	普通	口座 番号	口座名義(カタカナ)

領収証（原本）全員分添付

＜補助金申請書提出前に、ご確認下さい＞

※領収書の日付・医療機関名・氏名・金額の記載を確認して下さい。

※領収日付は令和8年10月1日～令和8年12月31日が有効です。

※補助金額は被保険者・被扶養者共に複数回接種しても合算で1人2,500円です。

※補助金は1人1回を限度とします。

※接種費用が2,500円未満の場合は実費補助とします。

※補助金申請書は、事業所人事総務（健保担当宛）或いは出向先事業所人事総務（健保担当宛）に提出するか、直接社内便で健保組合宛に送付してもかまいません。

※申請書提出期限は、令和9年1月7日（木）健保必着でお願いします。

※事業所の締切日は、健保の締切日前に設定して下さい。