

(任意継続被保険者用)

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合 宛

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、速やかに健保組合へ提出願います＞

|                   |            |          |            |
|-------------------|------------|----------|------------|
| 被保険者<br>記号・番号     | 200-       | 被保険者名    | 印          |
| 接種者氏名<br>(当健保加入者) |            |          |            |
|                   |            |          |            |
| お振込先<br>(被保険者名義)  | 銀行<br>信用金庫 |          | 本店<br>支店   |
|                   | 普通         | 口座<br>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9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。

＜送付先＞

〒141-0031

東京都品川区西五反田2-2-10 ポーラ第2五反田ビル5F

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合

※任意継続被保険者の補助金申請書送料は、ご本人負担となりますのでご了承願います。

※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。