2026年度 インフルエンザワクチン接種費用助成申請書

**領収書(原本)は裏面に
ホチキス留めのこと**

年　　月　　日 申請

事業所名	所属事業所を〇で囲んでください（出向者は出向元） 東北電力㈱・東北電力NW㈱・関係会社・任意継続	記 号	番 号	被保険者氏名
所　属				ﾌﾘｶﾞﾅ
連絡先電話番号				
メールアドレス				

	接種者氏名	続柄（妻・長男等）	生年月日	年齢
①			西暦　　年　　月　　日	
	接種年月日	接種年月日（2回目）	申請額	
	西暦　　年　　月　　日	西暦　　年　　月　　日	円	
②	接種者氏名	続柄（妻・長男等）	生年月日	年齢
			西暦　　年　　月　　日	
	接種年月日	接種年月日（2回目）	申請額	
	西暦　　年　　月　　日	西暦　　年　　月　　日	円	
③	接種者氏名	続柄（妻・長男等）	生年月日	年齢
			西暦　　年　　月　　日	
	接種年月日	接種年月日（2回目）	申請額	
	西暦　　年　　月　　日	西暦　　年　　月　　日	円	
④	接種者氏名	続柄（妻・長男等）	生年月日	年齢
			西暦　　年　　月　　日	
	接種年月日	接種年月日（2回目）	申請額	
	西暦　　年　　月　　日	西暦　　年　　月　　日	円	
⑤	接種者氏名	続柄（妻・長男等）	生年月日	年齢
			西暦　　年　　月　　日	
	接種年月日	接種年月日（2回目）	申請額	
	西暦　　年　　月　　日	西暦　　年　　月　　日	円	

助成申請時のチェックリスト　提出前に漏れ等がないよう確認し、右のようにチェックを入れてください ☑		チェック欄
対象者	被保険者(本人)・被扶養者(家族)ですか？ **※接種日に当組合の資格がある方のみ助成対象です**	☐
対象項目	自己負担が発生するインフルエンザワクチン接種ですか？ （インフル以外の場合は，各種ワクチン接種費用助成申請書をご利用ください）	☐
対象期間	接種日は，2026年4月1日～2027年3月31日のものですか？	☐
助成金額	**接種者ご本人1人当たり年度内上限5,000円**となります。5,000円以内で記載されていますか？ ※お子様が2回接種しても助成上限は5,000円です	☐
添付書類	領収証（原本）の添付がありますか？　接種者名・インフルエンザ予防接種の記載があるもの(宛名が会社名や接種本人以外の場合は無効) ※接種本人以外の例⇒長男が接種したが，領収証の宛名が長男の名前ではなく親の名前　等	☐
	【領収証にインフルエンザと記載がない場合】 何の接種かわかるもの（明細書または，予防接種済証のコピー等）の添付がありますか？	☐

※申請書が2枚以上にわたる場合も，必須項目（被保険者の情報）はご記載ください

※接種内容等で不明点がある場合は，医療機関等に問い合わせをし当組合で審査のうえ助成額を決定します

※上限額を超える誤申請の場合は，当組合で修正し，修正額の個別連絡はいたしませんのでご了承ください

最終締切日：2027年4月15日（木）健保組合必着

〒980-8550 宮城県仙台市青葉区本町1-7-1 東北電力健康保険組合 保健事業G インフル係

※上記宛名を記載のこと。社内便・郵便どちらも可