

2024年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証 記号番号	—	申請日	年 月 日 (申請期限:2025年2月28日)
被保険者氏名		連絡が取れる 電話番号	

予防接種を受けた方の氏名	続柄	年度末 年齢	回数	接種年月日	支払った費用
				年 月 日	円
				年 月 日	円
				年 月 日	円
				年 月 日	円
				年 月 日	円
				年 月 日	円

■委任状 (在籍者は給与に合算して支払います。任意継続被保険者は記入不要です)

本請求に基づく補助金受領を事業主に委任します	
年 月 日	被保険者氏名

【対象者】 接種日にEAファーマ健康保険組合の「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日に医療機関で受けた接種

【補助金額】 1回の接種につき、上限2,500円 (自己負担した接種代金が規定額未満の場合は実費分)
補助上限回数は下記の通り
13歳未満 2回まで / 13歳以上 1回まで ※年度末時点の年齢

【添付書類】 医療機関が発行した領収書(下記の記載があること)
□領収日 □接種した方の氏名 □領収金額 □医療機関名 □「インフルエンザ予防接種」の記載
※領収書が家族と併せて1枚の場合は、接種者全員の氏名と接種単価を記入してもらってください
領収証の宛先は、接種した方または被保険者の氏名です。
宛先が「EAファーマ株式会社」「EAファーマ健康保険組合」では補助金支給ができません

【提出先/お問い合わせ先】
EAファーマ健康保険組合 事務処理センター
住所：〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-12 S-FRONT代々木2F
TEL：03-6384-2280 Mail：info@eapharma-kenpo.jp

【提出期限】 2025年2月28日(金) EAファーマ健康保険組合 必着

常務理事	事務長	担当者	担当者

受付日付印