

インフルエンザ予防接種補助金申請書

デル健康保険組合 御中

※2026年2月20日(金)デル健保必着

社員番号				氏名	※下記の接種につき補助金を申請します。 本請求に基づく補助金受領を所属事業主に委任致します。	申請日	年 月 日
記号		番号				チェック リスト	☐ 領収書の宛名は接種者氏名であるか ☐ 領収書の但し書きは「インフルエンザ予防接種代」と記載されているか

予防接種を受けた方の氏名	続柄	接種日			支払った費用	支給金額 (健保使用欄)	
		1回目	年	月	日	円	円
		2回目	年	月	日		
		1回目	年	月	日	円	円
		2回目	年	月	日		
		1回目	年	月	日	円	円
		2回目	年	月	日		
		1回目	年	月	日	円	円
		2回目	年	月	日		
		1回目	年	月	日	円	円
		2回目	年	月	日		
					合計	円	円

支払先	※退職後の申請および任意継続被保険者の場合のみご記入下さい。		
	銀行	支店 口座番号	名義人

【対象者】
接種日にデル健康保険組合の「被保険者」「被扶養者」の資格のある方

【補助対象期間】
2025年10月1日～2026年1月31日に社外医療機関で受けた接種

【添付書類】
領収書(接種者氏名と但し書きに「インフルエンザ予防接種補助代」と記載されているもの)
※宛名が会社名では受付ができません。
必ず接種を受けた方の個人名が記載されていることをご確認ください。

受付日付印

【お問い合わせ先】
デル健康保険組合
TEL:03-6885-3537 Mail:JP_Dell_Kenpo@Dell.com

【提出期限】
2026年2月20日(金) デル健康保険組合 必着

※申請方法、申請書提出先は補助要項参照