令和7年度　疾病予防補助金請求書　（インフルエンザ予防接種用）

【提出先】各事業所の総務・人事担当者宛

以下の記号の事業所の方は、⇒の宛先へ提出してください。（事業所名略）
- ▹ 1001／2401／3001　⇒　ENEOS　大連人事センター　（あて先欄に「NO. 47」、「ドック」と追記してください）
  ※外部出向等で社内便が使えない場合：[〒100-8161 東京都千代田区大手町一丁目1番2号 ENEOS㈱ 大連人事センターNo.47 メールセンター経由]に送付してください。
- ▹ 1088　⇒　ENEOS Xplora（株）人事部給与厚生グループ（健康保険担当）宛
- ▹ 3046　⇒　㈱ENEOSマテリアル本社（汐留）経由「人事サ」 宛
  ※社内便が使えない場合：[〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町24番1号　日本橋箱崎ビル15階　㈱シーエーシー内㈱ENEOSマテリアル人事業務サービス宛]に送付してください。
- ▹ 8888　⇒　ENEOSグループ健康保険組合　宛 [〒231-8335　神奈川県横浜市中区桜木町一丁目1番地8　日石横浜ビル]

私（申請者）は、給付業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。

（注）・ この用紙は、契約外の医療機関で予防接種をした場合に使用するものです。
・ 補助申請額は、1回につき3，000円（税込）が上限となります。
・ 補助回数は、13歳以上：原則1回（医師の指示で2回となる場合は2回まで）、13歳未満：1人2回まで。

提出期限：令和8年3月31日（火）　健保組合必着

記入日	令和　　年　　月　　日

被保険者（本人）について記入してください。

記号：	〒 住　所	事業所（勤務先会社）名 任意継続者の方は「任継」と記入してください。		内線または外線電話
番号： ※枝番は記入しないでください。		事業部，製油所，支店等		日中連絡がとれる電話番号を記入してください。
	氏　名	所属部署名		

＜健保組合記入欄＞

予防接種を受けた者の氏名	続　柄（長男等）	年　齢	接種日（1回目）	医療機関での支払額	接種日（2回目）	医療機関での支払額	支給決定額（上限　3,000円／1回）
			令和　年　月　日	円	令和　年　月　日	円	円
			令和　年　月　日	円	令和　年　月　日	円	円
			令和　年　月　日	円	令和　年　月　日	円	円
			令和　年　月　日	円	令和　年　月　日	円	円
			令和　年　月　日	円	令和　年　月　日	円	円
						合　計	円

領収書の不備にご注意ください！！

- ◆領収書は原本に限り、レシート不可。
- ◆領収書はこの書類の裏面にのりで貼付。
- ◆領収書はインフルエンザ予防接種であることがわかるもの。（フルミストは不可）
- ◆接種者全員の氏名、１回の接種金額（単価）を記載。
- ◆保管書類削減のため、ご家族分は１枚にまとめて提出。

＜健保組合記入欄＞

支給支出決定伺	支払日　令和			支　給　金　額						事務処理
	常務理事	事 務 長	担 当 者							データ・チェック

＜事業所担当者記入欄＞

事業所名	
上　長	担 当 者

＜個人情報保護関係＞情報の管理方法等は当健保組合ホームページに詳細を掲載しています。

※任意継続者は不要

保04R7-0