

# 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株 大連人事センターNo47 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マテリアル社内便の宛先は「人事サ」、 ENEOSグループ社内便の宛先は（株）ENEOSマテリアル本社（汐留）経由人事サ  
※社内便が使えない場合：[〒850-0046 長崎県長崎市幸町7-1 長崎スタジアムシティ NORTH7階 株式会社 シーエーシー内 株式会社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と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**

被保険者（本人）について記入してください。		記入日	令和	年	月	日	
記号：	〒	事業所（勤務先会社）名 <small>任意継続者の方は「任継」と記入してください。</small>					内線または外線電話
番号：	住所	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。
<small>※枝番は記入しないでください。</small>	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 同	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04R7-1