

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）經由人事サ
- ▷ 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：	〒 ○○○-○○○	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>	○○○○株式会社
番号： <small>※枝番は記入しないでください。</small>	住所 ○○県○○市○○町1-1-1	事業部、製油所、支店等	○○○○事業部
	氏名 健保 太郎	所属部署名	総務部
		内線または外線電話 <small>日中連絡がとれる電話番号を記入してください。</small> ○○-○○○-○○○	

＜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)
健保 太郎	本人	○○	令和○○年○○月○○日	3,500円	令和 年 月 日	円	円
健保 花子	妻	○○	令和○○年○○月○○日	3,000円	令和 年 月 日	円	円
健保 大	長男	○○	令和○○年○○月○○日	3,500円	令和○○年○○月○○日	2,500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！！



この場合、1回目の接種は、補助上限を超えているため、上限の3,000円が補助となります。

- ◆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		
	常務理事	事務長	担当者
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block; margin: 10px;"> 事業所担当者の記入欄ですので、ご本人の記入は不要です。 </div>			

＜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