

子宮頸がん予防ワクチン接種補助金申請書

2025 年 1 月 25 日提出

申請者	被保険者等 記号・番号	301 - 12345	会社名	〇〇〇〇株式会社		
			所属	□□□支店 △△△部		
	被保険者 氏名（自著）	健保 太郎		日中連絡先（TEL）	090-1234-5678	
				メールアドレス	xxxx.yyyy@zzz.com	
在籍者	(委任状) 2025 年 1 月 25 日 私は会社（事業主）を代理人と定め、この補助金の受領に関する権限を委任します。 被保険者 健保 太郎 (給与での振込手続きを会社に依頼するため、必ずご記入ください。) 氏名（自著）					
退職者	退職者・退職予定者の方は、振込先を記入してください					
	銀行	支店	口座 番号	(普)	名義 (刀加ナ)	

予防接種を受けた者	接種者氏名・生年月日		続柄	性別	接種日（西暦）	接種費用	健保補助額
	氏名	健保 友里	長女	☒ 女性 ☐ 男性	1回目 2024 年 4 月 10 日	33,000 円	円
	生年月日	1998 年 5 月 24 日			2回目 2024 年 5 月 10 日	33,000 円	円
					3回目 2024 年 10 月 10 日	33,000 円	円
	氏名	健保慎之介	長男	☐ 女性 ☒ 男性	1回目 2024 年 4 月 10 日	17,000 円	円
	生年月日	2000 年 8 月 18 日			2回目 2024 年 5 月 10 日	17,000 円	円
					3回目 2024 年 10 月 10 日	17,000 円	円
	氏名			☐ 女性 ☐ 男性	1回目 年 月 日	円	円
	生年月日	年 月 日			2回目 年 月 日	円	円
					3回目 年 月 日	円	円
支給額合計							円

【領収書・明細書を貼付】申請書の裏面に貼付してください。

【申請期間】翌年度5月末（協和キリン健保必着）

- ☒ 提出前にご確認ください。
- ☒ 申請書の太枠内の記入漏れ、捺印漏れはありませんか。
- ☒ 接種日に協和キリン健康保険組合に加入されていますか。
- ☒ 人数分の領収証（原本）を裏面に貼付していますか。（明細書のみ貼付は受理できません。）
- ☒ 領収証に「子宮頸がん予防ワクチン」等の記載がありますか。

【送付先】郵便または社内便で送付ください。

（翌年度5月末 健保組合必着）

《健保受付日付印》

〒103-8503 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート13階
協和キリン健康保険組合「子宮頸がん予防ワクチン担当」宛
TEL：03-5641-8602

健保 記入 欄	決裁年月日	常務理事	事務長	担当