

この申請書は、事業所一括請求専用です。  
個人の申請は、原則として「MY HEALTH WEB」のWEB申請で申請していただきます。  
※WEBでのお手続きができない場合は、ジブラルタ健康保険組合までご連絡ください。

2025 年度版

## 【ワクチン接種費用補助】事業所一括請求用 インフルエンザ予防接種 補助金申請書

事業所（所属）等で、集団でインフルエンザ予防接種を受け、  
代表者が予防接種の費用を立て替えて、契約外医療機関に支払をした場合に、この申請書をご利用ください。

【代表者記入欄】 提出日： 年 月 日（申請期限：2026年4月10日（金）当健保組合必着）

代表者名（自署）		接種医療機関名	
会社名		予防接種日	2025年 月 日から 2025年 月 日まで
所属名		接種人数	_____人 (被保険者) 人, (被扶養者) 人
連絡先	※日中連絡可能な電話番号 ( )	費用総額 (領収書合計)	_____円 (内訳) 円 × 名分
振込 先	銀行コード	銀行名	支店コード
		銀行 信用金庫	
	口座種別	口座番号(左詰)	口座名義(事業所又は代表者名義)
	普通		(フリガナ)

【提出書類】 下記(1)～(4)をすべてご提出ください。

※既にインフルエンザ以外のワクチンについて「ワクチン接種費用補助」を申請している場合は、「インフルエンザ予防接種 補助金申請」を行うことはできません。

申請者全員が、インフルエンザ以外のワクチンについて「ワクチン接種費用補助」を申請していないことをご確認の上、ご申請ください。  
(該当者がいた場合は、該当者分を差し引いた補助金のお支払いになります。)

社内便もしくは郵送で提出するもの	(1) <b>事業所一括請求用</b> インフルエンザ予防接種 補助金申請書 (2) インフルエンザ予防接種 補助金申請 委任承諾書 ※接種者全員分 (3) 下記内容がすべて明記された「領収書原本」 ( ①「代表者氏名(フルネーム)」または「事業所名および所属名」 ②接種日 ③接種人数 ④接種医療機関名 ⑤領収金額 ⑥領収日 ⑦インフルエンザ予防接種代であること ) ※内容が不足している場合は接種医療機関へ追記を依頼してください。 ※領収書の返却はいたしません。
当健保組合宛にメールで提出するもの (送信先:gk@gib-kenpo.or.jp)	(4) 接種者リスト (Excel形式) ※当健保組合ホームページに掲載してある所定の書式にて作成してください。

健保受付日付印

### 【提出先】ジブラルタ健康保険組合

健保 使用欄	理事長	常務理事	事務長	役職者	担当者	人数	補助金総額	送金年月日

## 【ワクチン接種費用補助】インフルエンザ予防接種 補助金申請 委任承諾書

※既にインフルエンザ以外のワクチンについて「ワクチン接種費用補助」を申請している場合は、「インフルエンザ予防接種 補助金申請」を行うことはできません。

【会社名】 \_\_\_\_\_

【代表者（請求者）氏名】 \_\_\_\_\_

上記の者をインフルエンザ予防接種補助金受取の代表として  
権限を委任いたします。

【記入日】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【会社名】 \_\_\_\_\_

【所属名】 \_\_\_\_\_

【健康保険 記号-番号】 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 【氏名(自署)】 \_\_\_\_\_

下記についてご確認いただき、にチェックをした上でご申請ください。

当年度、インフルエンザ以外のワクチンについて「ワクチン接種費用補助」の申請を行っていない。

【提出先】 ジブラルタ健康保険組合

健保受付日付印