

2025 年 10 月24日

シナネン健康保険組合 加入者の皆様へ

シナネン健康保険組合



# インフルエンザ予防接種 補助金のお知らせ

インフルエンザは「かぜ」と異なり、急な高熱や強い全身症状を伴い、重症化や合併症の恐れがあります。すでに各地でインフルエンザが流行しているようです。予防接種を受けて、感染予防に努めましょう。今年度もインフルエンザの予防接種を受けられた方に、下記のとおり補助金を支給いたしますのでご利用ください。

## ■対象者

シナネン健康保険組合の被保険者 （従業員本人のみ）

## ■補助金額

1 名につき年 1 回 2,000 円

## ■申請方法

「インフルエンザ予防接種補助金申請書」に 支払領収書（原本）を添付し、健保組合へ提出

## ■支払時期

申請書到着月の 翌々月 までに事業主経由で支給

## ■お問い合わせ

シナネン健康保険組合

TEL:03-6478-7818

令和 年 月 日

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

支給額

¥

受 付

## インフルエンザ予防接種補助金申請書

|                                                                    |            |                     |           |
|--------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|-----------|
| 被保険者証の<br>記号・番号                                                    | 記号<br>番号   | 被保険者の氏名<br>被保険者生年月日 | 昭・平 年 月 日 |
| 検 診 を 受 け た<br>医 療 機 関 名 称<br>お よ び 所 在 地                          | 名 称<br>所在地 |                     |           |
| 受 診 年 月 日                                                          | 令和 年 月 日   |                     |           |
| 本 人 支 払 額                                                          | ¥          |                     |           |
| 上記のとおり申請します<br>令和 年 月 日<br>被保険者 住 所<br>被保険者 氏 名<br>シナネン健康保険組合 理事長殿 |            |                     |           |

- ◎ 記載方法 受診後、この申請書の太枠内のみ記入し、領収書（原本）は下部にある指定場所に貼付  
◎ 提出ルート 本人 ⇒ 事業所担当者（または営業所担当者）⇒ 健康保険組合  
◎ 提出方法 社内連絡便、または 郵送（住所）シナネン健康保険組合

〒140-0002 東京都品川区東品川1丁目39番20号

領 収 書（原本）貼 付