

2024年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証 記号番号	—	申請日	年 月 日 (申請期限:2025年3月10日)
被保険者氏名	㊞	連絡が取れる 電話番号	

予防接種を受けた方の氏名	続柄	接種年月日	支払った費用
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円

■振込先

金融機関名称		銀行 信用金庫		本店 支店	支店番号	
預金種別	普通 当座	その他 ()	口座番号		口座名義 (カタカナ)	

- 【対象者】 接種日にIQVIAグループ健康保険組合の「被保険者」「被扶養者の資格のある方」
- 【補助対象期間】 2024年9月1日～2025年2月28日に医療機関で受けた接種
- 【補助金額】 1人につき接種回数にかかわらず、2,300円
(実際に支払った接種代金が規程金額未満の場合は実費分)
- 【添付書類】 医療機関が発行した領収書の写し（下記の記載があること）
☐領収日 ☐接種した方の氏名 ☐領収金額 ☐医療機関名 ☐「インフルエンザ予防接種」の記載
※領収書が家族と併せて1枚の場合は、接種者全員の氏名と接種単価を記入いただってください。

【提出先/お問い合わせ先】
IQVIAグループ健康保険組合
住所:〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト8F
電話：03-6709-8020 Mail:info@iqj-kenpo.com

【提出期限】 2025年3月10日（月）IQVIAグループ健康保険組合 必着

常務理事	事務長	担当者	担当者

受付日付印