

(任意継続被保険者用)

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合 宛

令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種補助金申請書

＜予防接種後、速やかに健保組合へ提出願います＞

被保険者 記号・番号	2 0 0 ー	被保険者名	印
接種者氏名 (当健保加入者)			
お振込先 (被保険者名義)	銀行 信用金庫		本店 支店
	普通	口座 番号	口座名義(カタカナ)

領収証（原本）全員分添付

＜補助金申請書提出前に、ご確認下さい＞

※領収書の日付・医療機関名・氏名・金額の記載を確認して下さい。

※領収日付は令和7年10月1日～令和7年12月31日が有効です。

※補助金額は被保険者・被扶養者共に複数回接種しても合算で1人2,000円です。

※補助金は1人1回を限度とします。

※接種費用が2,000円未満の場合は実費補助とします。

＜送付先＞

〒141-0031

東京都品川区西五反田2-2-10 ポーラ第2五反田ビル5F

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合

※任意継続被保険者の補助金申請書送料は、ご本人負担となりますのでご了承願います。

※申請書提出期限は、令和8年1月7日（水）健保必着でお願いします。