

函館商工会議所生命共済加入者の皆様へ

令和7年度

インフルエンザ予防接種費用助成のご案内

対象

- ・接種日時時点で生命共済制度に加入している被保険者
- ・令和7年10月1日～令和8年1月30日までに接種を行った方

助成金額

1人1回限り1,000円まで

※接種費用が1,000円未満の場合は、実費を助成。

利用方法

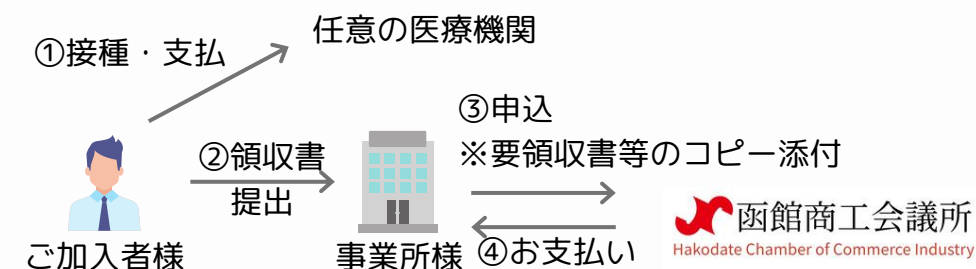
以下いずれかの方法で、**令和8年1月30日(金)**までに本所へ申込のご提出をお願いいたします。申込書は裏面または本所ホームページからダウンロード可能です。
※お支払いは、掛金引き落とし口座宛に令和8年2月末日までにお振込み（予定）いたします。

●指定医療機関方式：提出書類は申込書のみで簡便です



接種日時等は、函館市医師会健診検査センターのホームページよりご確認ください。
<https://www.hmalabo.com/> (9月下旬公開予定)

●領収書精算方式：どの医療機関でも補助対象です



※領収書の要件

- ・領収書の宛名が加入者の氏名であること。事業所にまとめて支払っている場合は、その請求書および接種者名簿・支払ったことがわかるもの（領収書や振込データ等）。
- ・接種日、支払日、金額、医療機関名、インフルエンザ予防接種の費用であることがわかるもの。

お問い合わせ 函館商工会議所 企画情報課 TEL23-1181

令和7年度インフルエンザ予防接種費用助成申請書

網掛け部分を記入・入力してください。
記入欄不足の場合は、お手数ですがコピーしてご利用ください。

函館商工会議所 御中

請求日:

加入事業所番号		TEL	
加入事業所名			
担当者氏名			

下記の被保険者がインフルエンザ予防接種助成金の給付事由に該当しましたので、
支払の請求をします。 ※領収書精算方式の場合は、領収書のコピー等必要書類を添付。

請求額 (内訳 @1,000 ×)

No.	加入者番号	加入者氏名	加入者氏名フリガナ	加入年月日	接種日	接種場所	加入者印
例	11	会議所 太郎	カイギンショ タロウ	2020/4/1	2025/10/1	☐ 医師会健診 検査センター ☐ 上記以外の 医療機関	
1						☐ 医師会健診 検査センター ☐ 上記以外の 医療機関	
2						☐ 医師会健診 検査センター ☐ 上記以外の 医療機関	
3						☐ 医師会健診 検査センター ☐ 上記以外の 医療機関	
4						☐ 医師会健診 検査センター ☐ 上記以外の 医療機関	
5						☐ 医師会健診 検査センター ☐ 上記以外の 医療機関	

※お支払いは、掛金引き落とし口座宛に令和8年2月末日までにお振込み(予定)いたします。
※本申請書にご記入いただいた個人情報、本申請の支払い可否判断を含む支払い手続きにのみ利用します。