

インフルエンザワクチン接種補助事業について

インフルエンザワクチン接種補助事業は、被保険者及び被扶養者の皆様を対象に予防を図る目的で毎年実施しております。

今年度も下記のとおり実施いたしますので、積極的にインフルエンザワクチンを接種してください。

記

1 対象者

被保険者及び被扶養者（接種日に当健康保険組合の資格がある方）

2 対象期間

令和8年10月～令和9年2月末までに受けた予防接種

※点鼻タイプの弱毒化生ワクチン（フルミスト）も補助の対象です。

3 受診方法

上記期間内に最寄りの医療機関でワクチンを接種してください。

4 補助金額

被保険者・被扶養者を問わず期間中 **1人1回限り** 1,500円を補助いたします。

但し、ワクチン接種代が1,500円に満たない場合は、その金額が補助額となります。

お子様など2回受けた場合は、2回分の合計費用に対し上限1,500円を補助します。

5 補助金請求方法

（1）「インフルエンザワクチン接種補助金請求書」に、ワクチン接種費用の領収書

（コピー可・レシートや明細書は不可）を添付のうえ、健保組合までご請求ください。

※領収書には①から⑤の記載が必須です。

領収書の受領時にご確認ください。

① 接種者氏名（フルネーム） ② 接種年月日

③ 接種機関名 ④ 接種費用

⑤ インフルエンザ予防接種代と明記

（2）補助金の請求は事業所ごとに取りまとめていただき
1か月単位でご請求ください。

（3）請求期限 **令和9年3月5日（金）必着**

①	領 収 書	②	〇〇年〇月〇日
健保 太郎 様			
④ ￥ 2,500		⑤ 但 インフルエンザ予防接種代として 上記正に領収いたしました	
大阪府〇〇市〇〇町1-1-1 TEL 06-1234-5678		③ けんぽ医院 院長 健保 康夫	
見 本		領収済 0000.00.00 けんぽ医院	

領収書：例

同型でなくて結構です。記載内容の必須項目をご確認ください。

ご不明点がございましたら、当健保組合までご照会ください。

T e l 06-6777-9872

常務理事	事務長	課 長	担当者

年 月 日

インフルエンザワクチン補助金請求書（事業所取りまとめ用）

※ 本請求書には必ず補助金請求書（個人用）を添付してください。

事業所名						
インフルエンザワクチン補助金を請求します。						
被保険者等		被保険者氏名	接種者数		ワクチン 接種費用	健 保 組 合 使 用 欄 ※記入しないでください
記号	番 号		本人	家族		
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
			名	名	円	
					支給額合計	円

振 込 先	金 融 機 関 名		支 店 名	口座名義・氏名	
			支店	フリガナ	
	普・当	口座番号	No.	名 義	

年 月 日

インフルエンザワクチン補助金請求書（個人用）

被保険者氏名	
--------	--

インフルエンザワクチン補助金を請求し、会社を受領を委任します。

被保険者等		ワ ク チ ン 接種者氏名	生 年 月 日	本人・家族 【区分】	ワ ク チ ン 接 種 費 用
記号	番 号				
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円

《領収書貼り付け場所》

※本請求書には必ず領収書（コピーでも可、レシート・明細書は不可）を添付してください。
明細書に「インフルエンザ予防接種」と明記されている場合は領収書と明細書の2点を添付してください。