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

2　実施期間

令和７年１０月～令和８年２月末まで

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、ワクチン接種費用が補助金額を下回る場合は実費のみの補助となります。

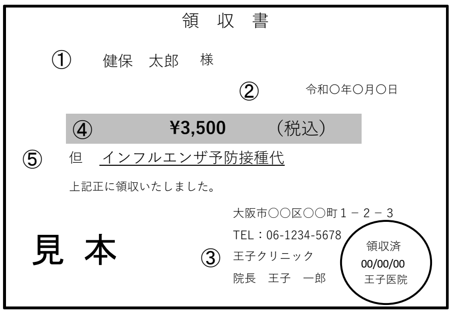
5　補助金請求方法

（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。

※　領収書には次の記載事項が必須となっていますので、領収書の受領時にご確認ください。

①接種(受診)者氏名　②接種日　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


領　収　書

①　健保　太郎　様

②　令和〇年〇月〇日

④　**¥3,500**　（税込）

⑤　但　インフルエンザ予防接種代

上記正に領収いたしました。

見 本

③　大阪市〇〇区〇〇町１－２－３
TEL：06-1234-5678
王子クリニック
院長　王子　一郎

領収済
00/00/00
王子医院

（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）**請求は令和８年３月６日（金）までにお願いいたします。**

ご不明点がございましたら、当組合までご照会ください。

Ｔｅｌ　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	
			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、会社に受領を委任します。

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。