

加入者のみなさま
事業所ご担当者様

東淀川健康保険組合
(公印省略)

インフルエンザ予防接種補助のご案内

初秋の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は疾病予防事業にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、今年度もインフルエンザの流行期に備えて予防接種を受けられた方を対象に補助金を支給させていただきます。自己負担で接種した方は以下要領にてご申請ください。集団接種及び契約病院で接種された方はご申請不要です。

なお、予防接種を受ける際には、医師の指示に従い接種をお願いします。

<実施要項>

- (1) 実 施 内 容 インフルエンザワクチン接種補助
- (2) 補 助 対 象 者 被保険者および被扶養者
- (3) 補助金申請方法 費用を各自で全額ご負担していただき、事業所ごとにとりまとめて次の書類をご提出ください。
- 1 「インフルエンザ 予防接種補助金申請書」 健保様式
 - 2 「インフルエンザ 予防接種者一覧表」 健保様式
 - 3 領収書コピー（原本不可・返却等不可）

※領収書は一覧表の順に並べて提出してください。

<領収書必須記載事項>
①受診者氏名
②接種日
③接種費用
④インフルエンザ接種代と明記
⑤接種機関名

「領収書例」⇒
上記必須記載事項があれば
書式は問いません。

領 収 書		② 令和〇年10月10日
① 健康 太郎 様		
③ ￥ 3,500		
④ 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。		
大阪府大阪市東淀川区淡路〇丁目〇番〇号 TEL 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
サンプル	⑤ 健保クリニック 院長 健保 花子	印

※ 申請者多数の事業所はインフルエンザ 予防接種一覧表を CD・DVD での提出にご協力をお願いいたします。

また、独自で一覧表を作成する場合は、健保様式にある項目を必ず入れてください。

※ 提出書類の控えは必ず取っておいてください。

(4) 補助金額 1人につき上限 3,000 円
(接種回数に関わらず上記範囲内で補助いたします。)

(5) 補助金申請締切日 令和 9 年 2 月 5 日 (金) 必着
※ご注意) 締切日を過ぎたご申請は、お受けできません。

(6) 補助金支払予定日 令和 9 年 3 月 5 日 (金)

以上

当健保組合ホームページに案内と帳票を掲載しております。

【上記に関するお問い合わせは、総務課 (TEL06-6322-0152 直通) まで】

■ お願い「必須記載項目(5 項目)」

本年度も実施案内をご周知いただく際には、お手数ですが必須記載項目について注意喚起等を行っていた
だき、申請前にご担当者様にてチェックをお願いいたします。

【特に多い不備】

・インフルエンザ接種の記載が無い

※「ワクチン」とだけ記載されている領収書がありますが、インフルエンザ以外のワクチンもあるため判別できません。

・受診者名の未記載

※特に家族で接種して領収書 1 枚の場合に多く、また個別の金額が不明なものが見受けられます。

医療機関から領収書を受け取られた際には、必須記載項目に不備がないかの確
認をお願いします。 要件を満たしていない場合は不支給になります。