

《インフルエンザワクチン補助について》

1. 対象者：被保険者および被扶養者
2. 対象期間：9月から2月に接種分
3. 補助金額：年齢・回数により異なります（実費限度）

1回のみ接種	2回接種の方
2,000	4,000

- ★ 9月から2月接種分で3月5日健康保険組合必着分まで補助されます。
- ★ 申請には「領収書」が必要です。（明細書のみは補助対象外です）

＜留意事項＞

- ※ 2回接種の方は、**2回分の【領収書】を必ず一緒に申請**、補助金額は4千円（実費限度）
（例：1回目2.5千円・2回目1.5千円の領収書の場合・・・4千円の補助金額になります）
- ※ 2回接種の方で、2回分合算の**【1枚の領収書】の方は必ず【2回接種分と記入願います】**
（例：合算領収書5千円2回接種分と明記が無い場合、補助金額2千円のみ）
- ※ 2回接種の方で、**別々に申請の場合1回分のみ受付**（2回目の申請は受付できません）
（例：1月に2.5千円申請・2月に2回目2千円申請・・・1月2千円補助のみ・2月の2回目分は対象外）
- ※ 季節型ワクチン・新型ワクチン等種類が違うインフルエンザワクチンの2回接種は受付不可。

＜補助金申請の流れ＞

- ① インフルエンザ予防接種を受け【領収書】を貰ってください。
 - ☆ 「領収書」には下記項目が記載されているかご注意ください。
 - ・ 接種した方の氏名
 - ・ 診療内容（インフルエンザ予防接種）が分かるもの添付
 - ☆ 2回接種の方は2回目終了するまで1回目の領収書は各自保管願います。



- ② 「インフルエンザ補助金申請書」「領収書」を健康保険組合へ提出

「インフルエンザ予防接種
補助金申請書」健保へ提出

「領収書」健保へ提出



- ③ 健康保険組合にて確認の上、事業所（会社）経由でお支払いいたします。

被保険者
被扶養者

「インフルエンザ予防接種」補助金申請書

被保険者証記号番号	被 保 険 者 名
—	

[予防接種をした方]

事業所(会社)の担当者に提出してください。

氏名		接種した医療機関名		備考
		接種年月日	接種費用	
被保険者 (本人)		医療機関名		
		令和 年 月 日	円	
被扶養者 (家族)		医療機関名		
		令和 年 月 日	円	
被扶養者 (家族)		医療機関名		
		令和 年 月 日	円	
被扶養者 (家族)		医療機関名		
		令和 年 月 日	円	
被扶養者 (家族)		医療機関名		
		令和 年 月 日	円	
接種した方 の合計人数		人	支払った費用の合計	円
			補助金の合計額	円

領収書貼付欄

[注意事項]

※2回接種が必要な方は、2回分の【領収書】を必ず一緒に申請してください。
(2回接種分を1枚の合算領収書で申請の場合、必ず【2回接種分】と明記して貰ってください)

※大人の方で2回接種が必要な方は、必要理由を貼付欄に記入してください。