

被保険者・事業所の皆様へ

帝石健康保険組合



インフルエンザ予防接種補助のご案内

当組合では、被保険者及び被扶養者の皆様の疾病予防の一環として、**令和7年度**も下記によりインフルエンザ予防接種補助を実施いたします。

インフルエンザワクチンの接種はインフルエンザの発病や重症化を防ぐ効果があるほか、職場等での集団感染を防止することにもなりますので、この補助制度を積極的にご活用いただき、疾病の予防にお役立てください。

但し、接種にあたっては、腫れ・発熱などの症状や、稀に重篤な副反応を引き起こす可能性もありますので、この点を十分ご理解したうえで、ご判断ください。

記

- | | |
|-----------|------------------------------------|
| 1. 補助対象者 | 被保険者及び被扶養者 |
| 2. 補助対象期間 | 令和7年4月1日 ～ 令和8年2月28日 |
| 3. 補助申請期限 | 令和7年5月以降 の毎月10日 |



※ 但し、**令和7年度**の最終申請期限は**令和8年3月10日**です。

会計処理の関係上、最終申請期限を過ぎての申請は、理由の如何を問わず補助の対象とはいたしません。

- | | |
|--------|-------------------|
| 4. 補助額 | 上限 2,000 円 |
|--------|-------------------|

※ 補助対象期間中、**1人につき1回**（2回接種法による場合は2回で1回とみなします）とし、接種費用合計と1,000円（自己負担額）との差額（上限2,000円）を補助します。

【2回接種法の場合は2回分を一括して申請してください】

*** 補助額【上限2,000 円】 = 接種費用合計 - 1,000 円（自己負担額）**

- | | |
|---------|---------------------------|
| 5. 申請方法 | 各事業所の健保業務担当者を通じて申請してください。 |
|---------|---------------------------|

※ 申請に際しては**領収書（原本）**が必要です。

領収書は、「台紙」に貼って申請書に添付して下さい。

- | | |
|---------|--|
| 6. 接種機関 | 当組合の指定機関はありませんが、事業所で指定している場合もありますので、健保業務担当者にご確認ください。 |
|---------|--|

◀ 「領収書」添付時の留意点 ▶

※ 領収書には以下の項目を必ず明記してもらってください

- ① “氏名”（複数で接種の場合は、**被接種者全員の氏名**）
- ② “支払金額”接種にかかる金額（**単価**）が明確にされていること
- ③ “インフルエンザ予防接種”であること
- ④ “医療機関名”
- ⑤ “医療機関の”領収印”が押印されていること



★確認ポイント★

領 収 書

① 帝石 太郎 様

② ¥3,600-

③ 但し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
20XX年XX月XX日
東京都港区赤坂 5-3-1

④ 医療機関名 ○○病院 ⑤

★確認ポイント★（被接種者が複数の場合）

領 収 書

① 帝石 太郎 様

② ¥10,800-

③ 但しインフルエンザ予防接種代として

被接種者①帝石太郎②3,600円、帝石花子 3,600円、帝石一郎 3,600円

上記正に領収いたしました
20XX年XX月XX日
東京都港区赤坂 5-3-1

④ 医療機関名 ○○病院 ⑤

【注意】 上記の内容が確認できない領収書（レシート等）の場合、補助申請不可（返戻）となりますのでご注意ください。

※ 領収書不備事例

- × 被接種者が特定できないもの（被接種者が複数の場合それぞれの被接種者名と単価が明記されていないもの）
- × 医療機関の「領収印」が無いもの（但し自動精算機等により領収印省略と明記されているものは可とする）
- × 「インフルエンザ」と明記されていないもの（「予防接種」だけの場合）

以上