

## 令和5年度 インフルエンザ予防接種補助金申請について

さて、本年度も下記の要領によりインフルエンザ予防接種に対する補助事業を実施いたしますので、ご案内申し上げます。

なお、添付書類の一部「インフルエンザ予防接種補助金申請連名簿」(以下「連名簿」という。)については、申請人数が50人を超える場合は電子媒体でのご提出をお願いいたします。また、50人未満でも電子媒体での提出が可能です。詳細は別紙『電子媒体による「連名簿」の提出について』をご確認ください。

### 記

補助金対象となる 予 防 接 種	令和5年10月1日(日)から令和6年1月31日(水)までの期間に受けたインフルエンザ予防接種。
補 助 の 対 象 者	接種日において当健康保険組合の被保険者及び被扶養者の資格があり、国内の医療機関等で接種を受けた方。(海外での接種は対象外)
補 助 金 限 度 額	一人当たり <u>1,500円(消費税込)</u> 期間内に1回限り ※支払った額が補助金限度額に満たない場合は支払った額。
申 請 方 法	インフルエンザ予防接種補助金申請書「事業所用」に連名簿「事業所用」と領収書(コピー可)を添付し、被保険者及び被扶養者分を事業主より一括申請してください。 (任意継続被保険者は個人申請してください) ※領収書には、 <u>接種を受けた方の氏名、日付、実施した医療機関等名称、接種に要した費用、内訳に「インフルエンザ予防接種代」の記載が必要になりますのでご確認ください。</u> ※集団接種により、事業所がまとめて費用をお支払いされた場合は、領収書の他に <u>医療機関等が発行した明細書(各接種者氏名の記載があるもので、かつ発行元の名称が記載されているもの)</u> を添付してください。 ※領収書(原本)は返却できませんので、他の届出等に必要な場合はあらかじめコピーをお取りください。 ※申請用紙は当組合ホームページからもダウンロードできますのでご利用ください。
そ の 他	医師の判断等で2回以上接種した場合であっても1回の補助となりますので、1回目もしくは2回目以降のいずれかの接種分で申請してください。 また、他の制度(市区町村等)から補助を受けることができる場合はその制度が優先となりますが、自己負担が発生したときは補助の対象となりますのでご申請ください。
申 請 期 限	<u>令和6年2月29日(木)必着</u>
申 請 先	大 阪 大阪薬業健康保険組合 健康 管理 課 (06-6941-6352) 神 戸 大阪薬業健康保険組合 神戸支部 業務課 (078-221-6100) 京 都 大阪薬業健康保険組合 京都支部 業務課 (075-801-2905)

※他の制度(公費)で受けられる方

【法律に基づき市区町村長が行う予防接種対象者】

予防接種法施行令により、「(1)65歳以上の者および、(2)60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有するものとして厚生労働省令に定めるもの」とされています。(詳しくはお住まいの市区町村にお問い合わせください)

※個人情報の取り扱い

個人情報は、この補助金を支給する目的のために使用し、他の目的には一切使用いたしません。

※ 補助金支給決定額	1,500円	×	名 名 名 名	円	本	家	円
	円	×					
	円	×					
	円	×					

※上記欄は記入しないでください。

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被接種者人数	名
--------	---

大阪薬業健康保険組合 理事長 様

別紙連名簿の被保険者及び被扶養者がインフルエンザワクチンを接種しましたので補助金を申請します。

【申請者】

所 属	1. 大阪 2. 神戸 3. 京都	事業所記号	
事業所名			
事業主名			
支払決定通知書送付先	〒 -		
送付先の名称	申請事業所名と同じ <input type="checkbox"/> / 異なる場合は右に記載→		
担当者名及び連絡先	TEL ( ) -		

【振込先金融機関】

金融機関名	銀行・信金	本店
支店名	信組・農協	支店
口座番号	普通・当座 (口座番号)	)
(フリガナ)		
口座名義		

【注意事項】

- 被保険者及び被扶養者は、事業主に受領委任し事業主が一括して申請してください。
- ①申請の際は、「連名簿」と「領収書 (コピー可)」を必ず添付してください。  
 ※領収書がコピーの場合は、カットせずにA4サイズで提出いただきますようご協力願います。  
 ※集団接種により事業所がまとめて費用を支払った場合は、領収書のほかに医療機関等が発行した明細書  
(各接種者氏名の記載があるもので、かつ発行元の名称が記載されているもの)を添付してください。  
 ②「連名簿」と「領収書」の順番が同じになるようご協力願います。  
 ③ホッチキス、クリップは、使用しないでください。
- 予防接種法等により公費で補助が受けられる場合は公費が優先します。

組合受付印

大阪薬業健康保険組合

## インフルエンザ予防接種補助金申請連名簿

事業所記号	
事業所名	

※印欄は記入しないでください。

連番	被保険者証番号	被接種者氏名	本	家	実施医療機関等名称	接種年月日	接種に要した額	※補助金額
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円
			本	家			円	円

1. 補助金限度額は1,500円です。接種に要した額が1,500円未満の場合は支払った額を補助いたします。
2. 補助金額欄については、1,500円未満の場合のみ補助金額を記載して通知させていただきます。
3. 電子媒体による連名簿の提出については、別紙をご覧ください。

※ 補助金支給額合計	名 円
------------	-----

## 電子媒体による「連名簿」の提出について

## 作成方法

## 『手順①』

当組合ホームページから「連名簿」をダウンロードする。

申請書ダウンロード → インフルエンザ予防接種補助金申請連名簿(Excel)

## 『手順②』

『手順①』でダウンロードした Excel ファイルに必要な事項を入力する。

## 入力方法

- ・本人／家族の区分について

例) 本人の場合  
(家族も同様)

⊙	家	or	本
---	---	----	---

- ・接種年月日について

例) 2023年12月1日の場合

2023	12	01
------	----	----

※年は西暦で半角数字4桁、月日はそれぞれ半角数字2桁で入力し、1桁の場合は必ず頭に“0”を付けてください。

## 『手順③』

『手順②』で作成した Excel ファイルを、電子媒体に保存する。

媒体の種類・・・CD-R/CD-RW、DVD-R/DVD-RW

## 『注意事項』

- ※ 被接種者氏名は漢字で入力し、姓と名の間は1文字全角スペースを空けてください。
- ※ 「※補助金額」・「※補助金支給額合計」欄以外は、すべて入力してください。
- ※ 数値は、すべて半角数字で入力してください。

<お問い合わせ先>

大阪薬業健康保険組合	健康管理課	06-6941-6352
	神戸支部	078-221-6100
	京都支部	075-801-2905

※連名簿順に貼付して  
ご提出ください。

貼付していない等の不備がございましたら  
一旦返却させていただく場合がございます。  
予めご了承ください。

領収書 (原本の場合)

※この用紙を取りまとめ貼付用にご  
ご利用ください。

領収書 (コピーの場合)

※カットせずに A4 サイズでご提出  
いただきますようご協力願います。  
(この用紙に貼付は不要です)

※ホッチキス、クリップは使用しないでください。

# 委任状

インフルエンザ予防接種補助金の受領に関する権限を委任します。

申請者  
(事業主) の

事業所名

氏 名

印

受任者の

所在地 (住所)

事業所名

氏 名

印

インフルエンザ予防接種補助金を申請者（事業主）以外の口座に振り込む場合はこの委任状が必要です。

※作成時に必ずお読みください

## 「インフルエンザ予防接種補助金申請書」提出の際の注意事項

例年、以下のようなケースが多数見受けられますので、申請書を提出される前に再度ご確認くださいませようお願い申し上げます。

### 《 連名簿について 》

- ・被保険者証番号を記入していない  
→必ず正しい被保険者証番号をご記入ください。

### 《 被保険者及び被扶養者の資格について 》

- ・出向などにより申請元の事業所での被保険者資格がない  
→出向先の事業所（※当組合適用事業所に限る）より申請してください。
- ・接種日に被扶養者として認定されていない  
→補助の対象外となりますのでご確認ください。
- ・任意継続被保険者分の申請が混在している  
→任意継続被保険者分は、ご本人様より申請してください。

### 《 領収書について 》

- ・領収書に「インフルエンザ予防接種代」の記載がない  
→診療明細書等に記載がある場合は、診療明細書等もご提出ください。  
診療明細書等にも記載がない場合は、医療機関等で記載してもらってください。  
※記載のない場合は返却させていただく場合がございます。予めご了承ください。
- ・領収書が連名簿順でない、または、領収書をホッチキスやクリップで留めている  
→必ず連名簿順に貼付してご提出ください。（コピーの場合はA4サイズでご提出ください。）  
※上記の形でご提出された場合は返却させていただく場合がございます。予めご了承ください。
- ・領収書を貼付する際に氏名等必要項目が見えなくなっている  
→必ず氏名等必要項目が見えるように貼付してください。
- ・レシートのため氏名・医療機関等名称の記載がない  
→氏名・医療機関等名称をご記入のうえご提出ください。
- ・コピーのため文字が不鮮明である  
→必要項目が確認できるようコピーしてください。  
※領収書（原本）は返却できませんので、他の届出等に必要な場合はあらかじめコピーをお取りください。

### 《 委任状について 》

※インフルエンザ予防接種補助金を申請者（事業主）以外の口座に振り込む場合は委任状が必要です。  
必ず申請者（事業主）印と受任者印を押印してください。

### 《 その他 》

※集団接種により事業所がまとめて費用を支払った場合は、医療機関等が発行した明細書（各接種者氏名の記載があるもので、かつ発行元の名称が記載されているもの）を添付してください。  
また、振込により費用を支払った場合は、請求書（コピー可）及び振込明細書を併せて添付してください。