

令和7年度 インフルエンザ予防接種に対する補助事業について

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支給申請連名簿」(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 対 象 と な る 予 防 接 種	<u>令和7年9月1日(月)から令和8年1月31日(土)</u> 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 限 度 額	<u>一人当たり 1,500円(消費税込)</u> 期間内に1回限り ※支払った額が補助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支給申請書「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」</u> の記載が必要になりますのでご確認ください。 ※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(各被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されますが、自己負担が発生したときは補助の対象となります。
申 請 期 限	<u>令和8年2月27日(金)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。