

令和8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

平素は、当組合の事業運営に格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

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支給申請連名簿」(以下「連名簿」という。)及び「領収書」については、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」及び「領収書」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8年9月1日(火)から令和9年1月31日(日)までの期間</u> 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、接種日、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回のみ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9年2月26日(金)必着</u>
申 請 先	大 阪 大阪薬業健康保険組合 健康管理部 健康管理課 (06-6941-6352) 神 戸 大阪薬業健康保険組合 神 戸 支 部 (078-221-6100) 京 都 大阪薬業健康保険組合 京 都 支 部 (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の障害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、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									
	円	×	名									円
	円	×	名									
	円	×	名	本			家					

※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支給申請書

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の支給を申請します。

【申請者】

所 属	1. 大阪 2. 神戸 3. 京都	健康保険の記号	
事業所名			
事業主名			
支払決定通知書送付先	〒 ー		
送付先の名称	申請事業所名と同じ ☐ / 異なる場合は右に記載→		
担当者名及び連絡先	TEL () ー		

【振込先金融機関】

金融機関名	銀行・信金 信組・農協				支店名	本店 支店			
	銀行コード					支店コード			
種 別	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）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支給申請連名簿

健康保険の記号	
事業所名	

連番	健康保険の番号	被接種者氏名	性別	生年月日	続柄	接種年月日	接種に要した額	※補助金額
1					本・家		円	円
2					本・家		円	円
3					本・家		円	円
4					本・家		円	円
5					本・家		円	円
6					本・家		円	円
7					本・家		円	円
8					本・家		円	円
9					本・家		円	円
10					本・家		円	円
11					本・家		円	円
12					本・家		円	円
13					本・家		円	円
14					本・家		円	円
15					本・家		円	円
16					本・家		円	円
17					本・家		円	円
18					本・家		円	円
19					本・家		円	円
20					本・家		円	円
21					本・家		円	円
22					本・家		円	円
23					本・家		円	円
24					本・家		円	円
25					本・家		円	円

※補助金支給額合計	名	円
-----------	---	---

- 補助限度額は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。
接種に要した額が1,500円以上の場合は「接種に要した額」欄は記入不要です。
- 「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。
- 「生年月日」「接種年月日」欄は8桁（西暦表記）で記入してください（例：令和8年9月1日→20260901）
- 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。
- ※印の欄は記入しないでください。

電子媒体による「連名簿」及び「領収書」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」をダウンロードしてください。

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

『手順②』

『手順①』でダウンロードした Excel ファイルに必要事項を入力してください。

入力方法

- ・続柄の入力は当てはまらない方を削除してください。

例) 本人の場合

本

or

本人

- ・生年月日、接種年月日は 8 桁（西暦表記）で入力してください。

例) 202X 年 12 月 1 日の場合

202X1201

※年は西暦で半角数字 4 桁、月日はそれぞれ半角数字 2 桁で入力してください。

月日が 1 桁の場合は頭に“0”を付けてください。

『手順③』

領収書は、スキャナー等で取り込んだ領収書データを PDF 形式で保存し、ファイル名を「健康保険の記号（ハイフン）番号（スペース）被接種者氏名」と入力してください。

例) 記号「9999」番号「456」被接種者氏名「大薬 健太」の場合

「9999-456 大薬 健太.pdf」

『手順④』

『手順②』『手順③』で作成した Excel 及び PDF ファイルを電子媒体に保存してください。

電子媒体の種類・・・CD-R/CD-RW、DVD-R/DVD-RW

※USB フラッシュメモリは電子媒体として使用できません。

『注意事項』

1. 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。
2. 「※補助金額」・「※補助金支給額合計」欄は入力しないでください。
3. 「接種に要した額」が 1,500 円以上の場合は「接種に要した額」欄は入力不要です。
4. 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
利用ください。

（原本の返却はできません）

領収書（コピーの場合）

※A4 サイズでコピーし、カットせずに
ご提出ください。

（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。

※電子媒体（CD 等）での申請も可能です。

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支給申請書」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 》

- ・健康保険の番号を記入していない
→必ず正しい健康保険の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。
※電子媒体（PDF ファイル形式）でのご提出も可能です。提出方法は別紙『電子媒体による「連名簿」及び「領収書」の提出について』をご確認ください。
- ・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）を添付してください。
※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。