

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。

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</u> 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	① インフルエンザ予防接種補助金支給申請書「任意継続被保険者用」 ② 領収書原本 ①に②を添付して申請してください。 なお、領収書原本の返却はできませんので、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。 ※領収書には、 <u>接種を受けた方の氏名、接種日、実施医療機関等名称、接種に要した費用、内訳に「インフルエンザ予防接種代」の記載が必要です。</u> また、診療明細書等に必要事項の記載がある場合は、 <u>領収書と併せてご提出ください。</u> (診療明細書等のみの提出は不可) ※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 TEL06-6941-6352 〒540-0037 大阪市中央区内平野町3-2-5 神戸 大阪薬業健康保険組合 神戸支部 TEL078-221-6100 〒651-0084 神戸市中央区磯辺通3-1-7 コンコルディア神戸6階 京都 大阪薬業健康保険組合 京都支部 TEL075-801-2905 〒604-8811 京都市中京区壬生賀陽御所町3-1 京都幸ビル6階

* 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歳未満の者であつて、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の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, 5 0 0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

大阪薬業健康保険組合 理事長 様

以下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】

健康保険の	記 号		番 号		
被保険者の	氏 名				
	住 所	〒 —			
日中連絡のとれる電話番号 ※必ずご記入ください。		自宅・勤務先 () —		携 帯 () —	
接 種 を 受 け た 方 の 氏 名	性別	生年月日	続柄	接種年月日	接種に要した額
		年 月 日	本人	年 月 日	円
		年 月 日	家族	年 月 日	円
		年 月 日	家族	年 月 日	円
		年 月 日	家族	年 月 日	円

- 1. 領収書原本を必ず添付してください。
- 2. 予防接種法により市区町村等から公費で補助が受けられる場合は公費が優先します。

【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) 被保険者の口座名義									



領収書添付（裏面に貼っていただいても結構です。）

	の	り	し	ろ	
--	---	---	---	---	--