

事業主・ご担当者 各位

伊藤忠連合健康保険組合

令和2年度 インフルエンザ予防接種にかかわる費用補助の取扱いについて

拝啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は当組合の事業運営に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて 今年度もインフルエンザ予防接種を受けた被保険者及び被扶養者を対象に、一人当たり二千円を上限として費用補助を行います。

下記実施要領をよく読み申請いただきますよう、被保険者の皆様へのご周知をお願い致します。

また、補助金申請をした被保険者には、健康ポータルサイト「マイヘルスウェブ」にて、健康ポイント1000ポイントを付与します。「マイヘルスウェブ」に登録のない方には付与することができませんので、ご登録いただくよう重ねてお願い申し上げます。

敬 具

記

【実施要項】

1. 補助対象接種期間： 令和2年10月1日から令和2年12月31日まで
2. 補助額： 一人2,000円上限（年1回）
3. 補助対象者： 当組合の被保険者及び被扶養者で、接種日に資格を有する者
4. 提出書類： 「予防11 インフルエンザ予防接種補助金請求書」及び、
「領収書のコピー」※
・事業主が取り纏めて申請する場合は、
「予防12 インフルエンザ予防接種補助金請求書（事業所担当者用）」
及び「領収書コピー、又は支払済みであることを証する書類のコピー」
5. 提出先住所： 〒103-8427 東京都中央区日本橋小伝馬町15-14
6. 支払方法： 受任者払い（当組合届済み受任者口座へ振込）
7. 補助金申請期限： 令和3年3月31日まで ご協力をお願いします。

〈注意事項〉

※ 「領収書のコピー」について（裏面参照）

1. 領収書の記載内容を確認ください。
 - ① 領収書の宛名は個人名で、フルネームで記載されているか
 - ② 接種日、インフルエンザ予防接種代であることの記載があるか
 - ・領収書に記載がない場合は領収明細や接種済証の写しをあわせて提出のこと
 - ・複数名分の合計額で記載された領収書は、接種者全ての氏名、及び個別接種費用の内訳の記載が必要（手書き可）
 - ③ 領収印は押印されているか
2. 領収書をA4サイズの用紙にコピーし、「予防11 インフルエンザ予防接種補助金請求書」の後ろに左上一箇所を糊付けして提出ください。添付用紙は何枚になっても構いませんので、領収証を折り曲げたり、重ねずにコピーをお願いします。尚、コピーができない場合等は、領収書原本を提出いただくことも可能ですが提出いただきました領収書は返却できませんのでご了承ください。

※ 小学生以下のお子様で2回接種をした場合は、2回分をまとめて申請ください。

（1回分の予防接種代が2000円を超えている場合は、1回分のみで結構です）

※ 「委任状」欄に受任者ならびに委任者（被保険者）の署名・捺印をお願いします。

以 上

1. 領収書の記載内容の確認 ① ② ③

領収書

患者 No _____ 氏名 ○○ ○○ 様 令和 2 年 × 月 × 日

保 険	初・再診療	医学管理	在宅医療	検査	画像	投薬
	0 点	0 点	0 点	0 点	0 点	0 点
	注射料	リハビリテーション	専門療法	処置料	手術料	麻酔料
	0 点	0 点	0 点	0 点	0 点	0 点
	放射線治療	その他	診療総点数	①診療負担金		
0 点	0 点	0 点	0 円			

保 険 外	文書料	保険外負担	自費その他	予防接種	消費税	②自費合計
	0 円	0 円	0 円	3,500 円	0 円	3,500 円

③前回未収金	※今回請求額	領収額合計	但し、インフルエンザ予防接種代 (1回目)として
0 円	3,500 円	3,500 円	

※①+②+③

上記の通り領収いたしました。

② ○○市○○町××-×
△△△クリニック
☎XXX-XXX-XXXX

領収印
印

③

2. A4 サイズの用紙に領収書をコピーし、補助金請求書の後ろに重ね左上を糊付けし提出ください。

この後ろ
に貼り付
け (予約 11) その 1

インフルエンザ予防接種補助金請求書

平成 年 月 日

①被保険者の記号・番号		②被保険者氏名		③事業所名称	
記号		氏名		名称	
番号		フリガナ		フリガナ	

予防接種を受けた方 のお名前	被保険 者上の 性別	予防接種を受けた 医療機関名	接種日	接種費用	2回目 接種 なし
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
予防接種にかかった費用の合計				円	

【注意事項】

- インフルエンザ予防接種を 10 月～12 月までの 3 か月間に受けた被保険者・被扶養者を対象とします。
- 被保険者・被扶養者毎に、接種費用のうち 2,000 円 (年 1 回) を上限として補助します。
- インフルエンザ以外の予防接種は、補助対象外です。
- 1 回の接種料が 2,000 円未満の場合、2 回の接種がある場合は 2 回分をまとめて申請ください。
- 2 回の接種がない場合は、2 回目接種なしの欄に「○」を併記ください。
- 必要な添付書類：「領収証」の記載内容を厳密にうろ、A4 サイズの用紙にコピーし、本紙に糊付け (左上 1 箇所) して提出ください。

【領収証記載内容確認事項】

- 領収証の宛名は個人名で、フルネームで記載されているか。
- 接種日、インフルエンザ予防接種種別であること記載されているか。
- 領収印が押印されているか。

● 申請ルート 被保険者が所属する事業所の職員担当者へ提出ください。(被保険者一事務所職員担当一方向) 補助金の支払いは、事業所へ(受取印)提出していただきます。(任意継続被保険者は、直接当組合に提出ください) (任意継続被保険者は、年度当初合帳に提出ください)

● 申請期限 各年度の年度末 (3 月 31 日) までに提出をお願いします。

【請求に関する問い合わせ先】

〒103-8427 東京都中央区日本橋本町 4-15-9 伊藤忠適合健康保険組合 業務課保険事業部 TEL: 03736629953

〒103-8427 東京都中央区日本橋本町 4-15-9 伊藤忠適合健康保険組合 業務課保険事業部 TEL: 03736629953

受 付 印

伊藤忠適合健康保険組合

この
のり
しろ

A4 サイズ

領収書

※記載内容の確認事項①②③が
確認できるようにコピー

領収書

※記載内容の確認事項①②③が
確認できるようにコピー

ご参考【セルフメディケーション税制】(国税庁ホームページより引用)

健康の保持増進及び疾病の予防への取組として、一定の取組を行っており、平成 29 年 1 月 1 日から令和 3 年 12 月 31 日までの間に、あなたや生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った特定一般用医薬品等購入費があるときは、次の算式によって計算した金額が医療費控除として所得金額から差し引かれます。

[その年中に支払った特定一般用医薬品等購入費] - [保険金などで補てんされる金額] - [12,000 円] = [セルフメディケーション税制に係る医療費控除額 (最高 8 万 8 千円)]

※セルフメディケーション税制の適用と現行の医療費控除の適用の両方を受けることはできません。