

事業主・ご担当者 各位

伊藤忠連合健康保険組合

令和4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。下記実施要領の通り申請くださいますよう、被保険者の皆様へのご周知をお願い致します。尚、申請の際は当組合ホームページに令和4年9月掲載する新書式をご利用ください。

敬 具

記

【実施要項】

1. 補助対象接種期間： 令和4年10月1日から令和4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「領収書のコピー、又は請求書及び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5年3月31日まで
尚、令和5年3月31日までに補助金のお支払いを希望される場合は、
令和5年1月31日までにご提出をお願いします。

〈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 領収書作成者の氏名・名称の記載があるか
 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」、「領収書のコピー」の順に重ね、左上一箇所を糊付けして提出ください。領収書のコピーは何枚になっても構いませんので、コピーを取る際に領収書を折り曲げたり、重ならないようコピーをお願いします。（領収書原本の提出は不要です）
- ※ 補助金請求は年間に1回です。小学生以下のお子様で2回接種をした場合は2回分をまとめて請求ください。（1回分の接種代が2000円を超えている場合は、1回分のみでの請求も可能です）
- ※ 「委任状」欄に受任者（健保登録受任者の氏名）ならびに委任者（被保険者）の記名をお願いします。
- ※ 各自自治体のインフルエンザに関する補助制度を利用される場合は、インフルエンザ予防接種費用から各自自治体の補助額を差し引いた自己負担額が、当組合の補助対象となります。自己負担額が確認できる領収書等のコピーを添付のうえ請求ください。

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 4 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	
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

但し、インフルエンザ予防接種代 (1 回目) として

○○市○○町××××
 △△△クリニック
 ☎XXX-XXX-XXXX ③

領収印
 (印)

2. A4 サイズの用紙に領収書をコピーし、「補助金請求書」、「領収書のコピー」の順に重ね、左上一箇所を糊付けして提出してください。

この後ろに貼り付

インフルエンザ予防接種補助金請求書

①領収書提出者の氏名・住所	②領収書提出者	③事業所名称
氏名	住所	

予防接種を受けた方	領収書との関係	予防接種を受けた医療機関名	接種日 (接種)	接種費用 (税込)	補助金	計上時期
氏名						種なし

予防接種にかかった費用の合計

以下の注意事項をよく読み申請ください。

【注意事項】

- インフルエンザ予防接種を10月～12月までの3カ月間に受けたい領収書・領収書を対象とします。
- 領収書・領収書は、領収書のうり2,000円 (税別) をもととして補助します。
- インフルエンザ以外の予防接種は、補助対象外です。
- 領収書を受けた方の氏名、性別、年齢は記載されている氏名をご記入ください。(印刷不可)
- 領収書との関係は、欄には、以下のいずれかを必ず入力してください。
- 本人、夫、妻、男、女、三男、四男、長女、次女、三女、四女、父、母、その他
- 上記の金額が2,000円未満の場合は、2,000円未満の金額に記入の上、必ず申請してください。
- 同日の接種がない場合は、2,000円未満の欄に「0」を記入してください。
- 必要な領収書：「領収書」の記載事項を正確にうり、A4サイズの用紙にコピーし、本表、領収書のコピーの順に重ね、左上一箇所を糊付けして提出ください。(領収書のコピーは不要です)

【領収書の提出方法】

- ① 領収書の写しは個人で、フォルダーで保管されているか。
- ② 領収書のコピーは、本人が作成してください。

● 申請ルート：領収書が関係する事業所の関係担当者へ提出ください。(領収書一事業所複数提出は一括申請)

● 申請期限：領収金の支払いが、事業所 (受託者) 経由にてお支払いします。
(任意継続補助金者は、任意継続期間中に提出してください)

● 申請期間：当年度の年度末 (3月31日) まで
前、3月末日までに補助金のお支払いを希望される場合は、3月末日までにご提出をお願いします。

【お問い合わせ先】
〒100-8582 東京都中央区日本橋区本町15-14 伊藤忠総合補償株式会社 保険事業部 電話:03(368)28955

「委任状」欄の受託者及び領収書 (委任状) 欄に署名をお願いします。 受 任 状

インフルエンザ予防接種補助金の受取を
受託者： _____ に委任いたします。

領収書 (委任状) 氏名： _____

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 8 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。