

事業主・ご担当者 各位

伊藤忠連合健康保険組合

令和5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。

敬 具

記

【実施要項】

1. 補助対象接種期間： 令和5年10月1日から令和5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6年3月31日まで
尚、令和6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6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 5 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領収書の宛先(患者)	②領収者の氏名	③事業所名称
住所		
氏名		

予防接種を受けた方の氏名	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	返付時期

予防接種にかかった費用の合計

以下の留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者・関係者を対象とします。
- 領収者・関係者共に、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。
- 接種を受けた方の氏名、歳は、領収書に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：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、次男、三男、四男、長女、次女、三女、四女、父、母、その他
- 上記の欄が記入できない場合は、2025年度開始の領収書の日付を必ず入力してください。
- 返付の時期がない場合は、2025年度開始の欄に「0」を記入してください。

● 必要な添付書類：領収書の記載事項を正確にうた、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。(領収書裏の裏面は不要です)

【領収書の添付事項】

- ① 領収書の宛先は個人名で、フルネームで記載されているか。
- ② 接種日、接種費用、インフルエンザ予防接種種別であることを記載があるか。
- ③ 領収書が提出される事業所の名称が記載されているか。

● 申請ルート：領収者が所属する事業所の関係担当者へ提出ください。(領収者-事業所関係担当者へ提出)

補助金の支払いは、事業所(受付者)経由にてお支払いします。

(任意)領収者宛先：領収書裏面に記載してください

● 申請期限：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する場合は、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1-14-1 伊藤忠総合病院前分館 庶務課 電話:03(3682)2995

「受付者」欄の受付者及び領収者(受付者)欄に氏名をお願いします。

印 付 明

インフルエンザ予防接種補助金の受取名
受取者： _____ にさせていただきます。

領収者(受付者)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。