

事業主・ご担当者 各位

東京都中央区日本橋本町 4-15-9
伊藤忠連合健康保険組合

平成 30 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。近年セルフメディケーション税制（医療費控除の特例）の申告を行う方が増えていることから、今年度より証票として添付いただく領収書はコピーと致します。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申し上げます。

敬 具

記

【実施要項】

1. 補助対象接種期間： 平成 30 年 10 月 1 日から平成 30 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. 支払方法： 受任者払い（当組合届済み受任者口座へ振込）
6. 補助金申請期限： 平成 31 年 3 月 31 日まで

<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。
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
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、接種者名、及び個別接種費用の内訳の記載が必要
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

領収書

患者 No _____
氏名 _____ 様
平成 30 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			
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	自費合計
	0 円	0 円	0 円	3,500 円	0 円	3,500 円

前回未収金	今回請求額	領収額合計
0 円	3,500 円	3,500 円

+ +

上記の通り領収いたしました。

市 町 × × - ×

クリニック

XXX-XXX-XXXX

領収印

但し、インフルエンザ予防接種代 (1 回目) として

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糊付けして提出ください。

(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		事業所名称	
年齢		性別		職業	
予防接種を受けた方の名前	被保険者との関係	予防接種を受けた医療機関名	接種日	接種費用	2 回目接種有/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 回目の接種がある場合は 2 回分をまとめて申請ください。
 ● 2 回目の接種がない場合は、2 回目接種なしの欄に「○」をお付けください。
 ● 必要な添付書類：「領収書」の記載内容を裏面にのり、A4 サイズの用紙にコピーし、本表に糊付け (仮 1 箇所) して提出ください。
 【領収証記載内容 確認事項】
 ① 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。
 ② 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。
 ③ 領収証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権限担当者へ提出ください。(被保険者一事業所権限担当者へ提出) 補助金の支払いは、事業所へ戻ります。領収証を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)
 ● 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 伊藤忠連合健康保険組合 業務課保険事業部 電話: 03(2662)9953
 (所在地: 働く女性や高齢者 (任意継続) 被保険者・被扶養者へお問い合せください。)

のりしろ

A4 サイズ

領収書

記載内容の確認事項が確認できるようにコピー

領収書

記載内容の確認事項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 日から平成 33 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。