

個人向け健康ポータルサイト

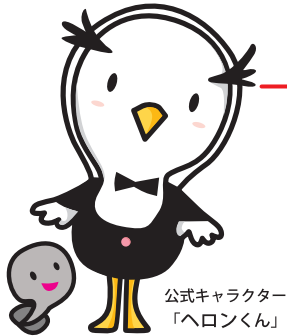


インフルエンザ予防接種 補助金申請手続方法

インフルエンザ予防接種補助金申請をMY HEALTH WEBから行うことが可能となりました。

簡単に申請ができます！

1. MY HEALTH WEBにログイン
2. 必要事項を入力
3. 領収書をアップロード



公式キャラクター
「ヘロンくん」

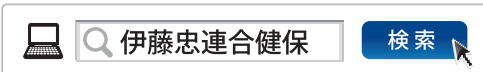
スマートフォン
アプリからも
申請可能



① MY HEALTH WEBにアクセス

- 伊藤忠連合健康保険組合のホームページにアクセス。

URL <https://www.itcrengo.or.jp/>



- ホームページ内のMY HEALTH WEB(以下「MHW」)のバナーをクリック。

② ログイン

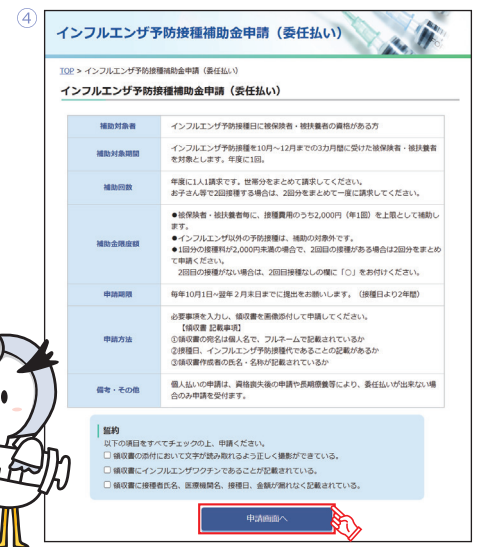
- 初めての方は【初回登録の方はこちら】のボタンをクリック。
「記号・番号」「仮パスワード(西暦生年月日)」「氏名(カナ)」「メールアドレス」を入力し、画面に従って登録を行う。
※本登録時に任意のパスワードへ変更可能。
- 次回以降は「ログインID」「パスワード」を入力してログイン。

③ インフルエンザ予防接種補助金申請画面へ

- MHWトップ画面で「インフルエンザ補助金申請(委任払い)」をクリック。
※資格喪失後の申請や長期休業等により、委任払いが困難な場合に限り、個人払いが可能です。MHWトップ画面の青色バナーにある「補助金・申込」より「インフルエンザ予防接種補助金申請(個人払い)」をクリックして申請ください。

④ 申請画面へ

- インフルエンザ補助金申請画面で表示されている誓約事項をすべて確認してチェックを入れた後、[申請画面へ]をクリック。



※画面はイメージです。

申請者情報入力

- 画面指示に従って必要事項を入力。

補助対象者情報入力

(1)補助対象者情報入力

- 申請する補助対象者の申請欄で「申請する」を選択し、必要事項を入力。添付書類欄の「ファイルを選択」で必要書類をアップロードし、「確認画面へ」をクリック。

〈注意〉領収書に必要事項が記載されているかご確認ください。

- ① 領収書の宛名は個人名（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であることの記載があるか。領収書に記載がない場合は、診療明細や接種済証をあわせてご準備ください。
- ③ 領収書の発行者の名称・氏名の記載があるか。

※アップロード可能な画像は「jpg/jpeg/png/gif/pdf」となります。

※1枚あたり10MBまでアップロード可能です。

※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみを使用してください。

※ファイル名にスペースは使用できません。

※必ず1ページ1ファイルでアップロードしてください。ファイル数は、複数アップロードが可能です。

※画像の文字が読み取れない

で提出いただきます。

※小学生以下で2回接種がある場合は、1回目、2回目の合計額を入力し、2回分の領収書画像をアップロード願います。

(2)入力内容確認・申請

- 確認画面で入力内容を確認後、「申請する」をクリック。

申請完了

- 申請が完了すると、受付No.が表示され、事業所の承認ステップへと進みます。

⑦



申請完了

インフルエンザ予防接種補助金申請（個人払い）

インフルエンザ予防接種補助金申請（個人払い）の申請が完了しました。

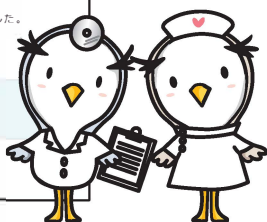
受付No. 2630000043

確認事項

領収書の画像は、承認者が読み取れる鮮明な画像でアップロードされていますか？

[電話TOPへ](#)





こんな画像はNG(例)

[illegible]

画像が不鮮明で必要事項が
確認できないケース

画像が途中で切れてしまい、
必要事項が確認できないケース

⑤

インフルエンザ予防接種補助金申請（委任払い）

STEP1 申請者情報入力

被保険者様ご本人の情報をご入力ください。

申請日

2026/08/27

被保険者等記号・番号

99999991 - 99999991

被保険者名

山田 太郎

被保険者名(カナ)

ヤマダ タロウ

勤務先
(会社名、支店名、事業所名等)

その他連絡先電話番号

08012345678

メールアドレス

入力例(※角括弧) : abc@example.com

必要書類提出方法

必要提出方法をご確認のうえ、STEP3へお進みください。
(写真はボタンの選択は必要ございません。STEP3の各項目への入力をお進みください。)

必要書類提出方法

アップロード

STEP3 申請対象者情報入力

申請する申請対象者について、「申請する」を押下し必要事項をご入力ください。

申請

申請したい

申請する

氏名

氏名(カナ)

性別

男

生年月日

1980/01/08

申請

申請したい

申請する

氏名

氏名(カナ)

性別

女

生年月日

1988/01/08

申請TOPへ

確認画面へ

STEP3 申請対象者情報入力

申請	申請する		
氏名	氏名(カナ)		
性別	生年月日	1980/01/08	
資格取得日	資格喪失日	—	
接替日			
返口負担額 (徴収金額)	3000 円	区課種別名	必須 東京
領付書照	領 収 書		
	No. 2023090900001		
	2026 年 03 月 10 日		
	〒510-0001 様		
¥ 3,000 -			
但 インフルエンザ予防接種代として 上記出に領収いたしました			
			
申請	申請する		
氏名	氏名(カナ)		
性別	生年月日	1988/08/08	
資格取得日	資格喪失日	—	
接替日			
返口負担額 (徴収金額)	3000 円	区課種別名	必須 東京
領付書照	領収書		
	2026 年 8 月 27 日		
	様		
	¥ 3,000- (税込)		
但、インフルエンザ予防接種代金として			
NO. 202509200081			
			
			

說明文

領収書の画像は、承認者が読み取れる鮮明な画像でアップロードしてください。

委任状

〔委任状〕 インフルエンザ補助金の受領者を委任いたします。

☐ 同意する

※上記委任状の内容に同意いただけない場合は、申請することができません。

修正する

申請する

※画面はイメージです。

操作方法
などの
お問合せ先

「MY HEALTH WEB」ヘルプデスク TEL:03-5213-4467

9:00~17:00 土・日・祝日・年末年始を除く

お問い合わせの際は「伊藤忠連合健康保険組合」の被保険者等「記号・番号」をお伝えください。
当事業は株式会社法研に委託しています。株式会社法研は「プライバシーマーク」使用の許諾事業者として認定されています。

MY HEALTH WEB ご利用時のご注意

利用規約

MY HEALTH WEBの利用内容・ご利用にあたっての禁止事項など利用条件を定めたものです。
利用規約はサイト内にありますので内容をご確認ください。

個人情報

被保険者等の個人情報の取り扱いについては、当健保の個人情報保護管理規定に基づき、ホームページに公表しているほか、MY HEALTH WEBサイト内にプライバシーポリシー(個人情報保護に関する基本方針)を掲載しています。

本文中に記載されている会社名、製品名等は、各社の登録商標または商標です。

本文中ではTM、®マーク等は明記していません

※Apple, Apple logo, iPad, iPhone, Safariは、米国及び他の国々で登録された Apple Inc. の商標です。 ※iPhone 商標は、アイホン株式会社のライセンスに基づき使用されています。 ※iOS商標は、Cisco Systems, Inc. のライセンスに基づき使用されています。 ※App Storeは、Apple Inc. のサービスマークです。 ※Windows, Microsoft Edge は、米国Microsoft Corporationの米国およびその他の国における登録商標です。 ※Windowsの正式名称は、Microsoft Windows Operating System です。 ※ORコードは株式会社デンソーウェブの登録商標です。

	PC版	スマートフォン版
OS	【Windows】 Windows10以降 【Mac】 MacOS 10.14 以降	【iOS】 18以降 【Android】 13以降
ブラウザ	【Windows】 Microsoft Edge 最新版 Google Chrome 最新版 【Mac】 Safari 最新版	各OSで 標準搭載されている ブラウザ