

事業主・ご担当者 各位

伊藤忠連合健康保険組合

令和 8 年度 インフルエンザ予防接種にかかわる費用補助 接種期間の見直しについて

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、令和 8 年 8 月に「令和 8 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」の通知を発出したしましたが、季節性インフルエンザの流行が早期化していることから、今年度の補助対象接種期間の見直しを行う運びとなりました。変更箇所を色付けしてご案内いたしますので、ご確認のほどよろしくお願いいたします。

敬 具

記

【実施要項】

1. 補助対象接種期間： **令和 8 年 9 月 10 日** から令和 8 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. 申請・提出方法：

	書面申請	WEB 申請
個別申請	「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」（注 1）を事業所経由で当組合に提出	被保険者により MY HEALTH WEB「インフルエンザ補助金申請（委任払い）」を選択し入力・領収書画像（注 1-1）をアップロード → 事業所管理画面にて「事業所確認済」ステータスに変更いただくと、当組合に提出される
事業主申請	「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」を当組合に提出	MY HEALTH WEB 事業所管理画面より「インフルエンザ補助金申請（委任払い）」を選択し、「一括申請登録」より登録リスト（CSV データ）及び領収書画像（注 1-1）をアップロードすると当組合に提出される
提出方法	当組合 保健事業課宛に郵送	MY HEALTH WEB サイト上で提出

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. 補助金申請期間： **令和 8 年 10 月 1 日から令和 9 年 2 月 28 日まで**
尚、令和 9 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 9 年 1 月 31 日までにご提出をお願いします。

＜注意事項＞

(注1) 「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

④ WEB 申請にてアップロードした画像から領収書の記載事項が読み取れない場合は「却下」となりますのでご注意ください。

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）

(注2) 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 回分を合計した金額を接種費用の欄に記入し、接種日は 1 回目の接種日を記入してください。

(注3) (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)

(注4) 「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 8 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			

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

但し、インフルエンザ予防接種代 (1 回目) として

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

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。

インフルエンザ予防接種補助金請求書

※この後ろに貼

① 領収書のコピー (A4 サイズ)

② 領収書のコピー (A4 サイズ)

※記載内容の確認事項①②③が確認できるようにコピー

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

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、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。