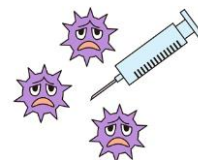


インフルエンザ予防接種補助事業のご案内

さて、疾病予防事業の一環として実施しております、インフルエンザの予防接種に対する費用の補助事業を、今年度も下記のとおり実施いたします。

この事業は、インフルエンザ予防接種を受けることで感染を未然に防ぎ、仮に発症した際でも症状が軽減する効果が期待できます。又、皆さまの健康を守ることと医療費の負担が削減されることを、目的に実施いたします。

インフルエンザの流行が拡大する前に備え、ぜひご利用ください。



記

◆ 対 象 者 予防接種時において当組合の被保険者・被扶養者資格のある方。

但し、次の方は除きます。

◎予防接種法又は市町村の条例等により公的補助が受けられる方

(例えば、65歳以上の方やお子様で、2,000円未満の自己負担で予防接種を受けられる方等が考えられます)

* 予防接種利用可能な対象年齢は、医療機関によって異なりますので、直接医療機関へお問い合わせください。

◆ 接 種 期 間 令和8年10月1日～令和9年1月31日

◆ 組合補助額 2,000円を上限に、実費を補助します。

◆ 補 助 回 数 期間内1回限り

◆ 実 施 方 法 ご利用方法は、次の2種類となりますので、いずれか1つを選んでください。

【Ⅰ】 「一般財団法人東京都総合組合保健施設振興協会」(略称：東振協)の契約医療機関で受ける場合

【Ⅱ】 最寄りの医療機関で受ける場合

なお、【Ⅱ】での請求の場合は、利用される皆様はもとより、事業所のご担当者にもお手数をおかけしますので、できる限り【Ⅰ】での利用をお願いいたします。

※ご不明な点があれば、当組合までお問い合わせください。

東振協が契約する医療機関（全国約 3,500 ヶ所）にて予防接種ができます。会計時に東振協の契約料金（上限 4,060 円）から補助額（2,000 円）を差し引いた金額で受けることができますので、補助金の請求をする必要がありません。

〔利用方法〕 ※当組合への申込みは不要です

1. 東振協のホームページから、該当する予防接種の実施方法を選択してください。

◆院内予防接種…業務委託医療機関で接種する。

※小児予防接種は実施可能な医療機関に限ります。

◆集合予防接種…近隣に予防接種会場を設置し、実施する。

◆出張予防接種…事業所に医療スタッフを派遣し実施する。

2. 「インフルエンザ予防接種実施機関一覧」から希望する医療機関を選び、**直接お電話で必ず予約してください。**

3. 予約確定後、**A 又は B の方法で、利用券**を準備してください。

（医療機関又は集合会場で予防接種を受診する場合）

A. 東振協ホームページから「インフルエンザ予防接種利用券」を出力してください。

出力の際に当組合の保険者番号「06273148」の入力が必要です。

B. 同封しております「東振協専用インフルエンザ予防接種利用券」をコピーし、アミカケ部分を記入してください。

※出張予防接種を希望する場合は、**利用申込書**を東振協ホームページよりプリントし、

郵送又は FAX により予約申込みを行ってください。

4. 予防接種当日、予約した医療機関に「利用券」と「マイナ保険証もしくは資格確認書」を提出してください。

5. 会計時に、補助額（2,000 円）を差し引いた自己負担金をお支払いください。

詳細、利用券、契約医療機関等については下記ホームページへ **東振協インフルエンザ** **検索**

〔東振協ホームページ〕 <https://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html>

(令和 8 年 9 月 1 日から申込受付開始)

【Ⅱ】

最寄りの医療機関で受ける場合

（窓口で全額負担し、事業所経由で補助金を請求）

【Ⅰ】の方法での契約医療機関が、お近くになく利用できない場合は、最寄りの医療機関で一旦全額自己負担のうえ、予防接種を受けていただき、後日、当組合に補助金を請求してください。

（注）請求書受付最終締切日：令和9年3月1日必着

（締切日を過ぎた請求書は、受付できませんのでご注意ください）

〔請求方法〕

1. 接種後、事業所で行きとめの上、次の書類を当組合へご提出ください。

- 「インフルエンザ予防接種補助金請求書」（様式1）
- 「インフルエンザ予防接種者一覧表」（様式2）

事業所にて作成してください

（経理用・施設用・事業所用の3種類）

（Excel ファイルをご希望の場合は、お申し出ください）

- 領収書（原本）…別紙＜領収書の注意点＞を参照してください。

補助金は、10月～翌年2月までの各月の20日又は月末（休日の場合は、前日）に事業所へ一括振込いたしますので、該当者の方にお渡しください。

※添付する領収書は、受診者名（フルネーム）・受診年月日・医療機関名・予防接種費用・医療機関の領収印・「インフルエンザ予防接種代」と明記してあるもの。

2名以上の接種及びその他診察費等を1枚の領収書で申請される場合は、受診者全員の氏名（フルネーム）及び予防接種費用の単価の明記も必要です。

◆注意事項◆

- ・ 領収書… “インフルエンザ予防接種” の明記がない場合は不可。
（“予防接種” のみの記載だけでは不可）
医療機関の領収印が押されているか確認してください。
宛名が事業所名になっている場合がありますが、必ず受診者名が必要。
予防接種料が2,000円未満等金額の低い領収書の場合は、市区町村等から補助がないか、確認してください。
- ・ 補助金請求書等…事務処理の関係上、補助金請求書等は**経理用・施設用・事業所用の3種類を提出**してください。支払日が決定しましたら、事業所へ通知いたします。

<領収書の注意点>

【例1 領収書】

領 収 書
令和8年11月1日
健保 一郎 様
¥ 3,600 円
(但し インフルエンザ予防接種料として)
〇〇市〇〇町〇-〇
〇〇〇病院 (印)

「インフルエンザ予防接種代」の記載はありますか？

表示がない場合は、「インフルエンザ予防接種代」と記載のある領収書を提出していただくか、「インフルエンザ予防接種済証明書」を合わせて提出してください。

領収書の宛名は受診者(フルネーム)になっていますか？
事業所名になっていませんか？

請求書兼領収書
患者番号 5388
氏名 健保 一郎 様
令和8年11月1日

初・再診料	医学管理等	在宅医療	投薬	注射	処置
手術	検査	画像診断	その他		

保険点数合計	負担率	負担金	
円	円	円	
	保険外合計	消費税等	前回未回収金
	円	円	円

請求金額	今回未収金	領収金額	領収印
円	円	円	(印)

(インフルエンザ予防接種料として)
〇〇市〇〇町〇-〇 〇〇〇病院

領収印はありますか？

領収印を省略している医療機関もありますので、その場合は必ず領収印の押印をお願いしてください。

【例2 領収書(複数名分)】

領 収 書
令和8年11月1日
健保 一郎 様
¥ 6,000 円
(但し インフルエンザ予防接種料2名様として)
〇〇市〇〇町〇-〇
〇〇〇病院 (印)

領 収 書
令和8年11月1日
健保 一郎 様
¥ 6,000 円
(但し インフルエンザ予防接種料として)
一郎様 3,500円 太郎様 2,500円
〇〇市〇〇町〇-〇
〇〇〇病院 (印)

「インフルエンザ予防接種代」の記載はありますか？
受診者それぞれの方のお名前、金額が記載されていますか？

表示がない場合は、インフルエンザ予防接種済証明書を併せて提出してください。

事業所に医師等と呼ばれて、一度に従業員の方が予防接種を受けられた場合でも、当組合加入者の個人ごとの領収書もしくは医療機関が作成した領収書と受診者の一覧表が必要となります。

<例年、不備が多い点>といたしまして、

・領収書に“予防接種”のみの記載だけで、“インフルエンザ予防接種”の明記がない。

(“予防接種”のみの記載だけでは不可)

・宛名が、事業所名になっている場合があるが、必ず受診者名が必要。

・予防接種料が2,000円未満等金額の低い領収書の場合は、市区町村等から補助がないか、確認してから提出してください。