

(予防11)

インフルエンザ予防接種補助金請求書

令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号		被保険者氏名		事業所名称		
記号						
番号						
予防接種を受けた方の氏名	被保険者との続柄	予防接種を受けた医療機関名	接種日(和暦)	接種費用(税込)	補助額	2回目接種なし
予防接種にかかった費用の合計						

以下の注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。

「接種を受けた方の氏名」欄は、健保に登録されている氏名をご記入ください。(旧姓不可)

「被保険者との続柄」欄には、以下のいずれかをプルダウンより選択してください。

本人、夫、妻、長男、次男、三男、四男、長女、次女、三女、四女、父、母、その他

1回分の接種料が2,000円未満の場合で、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」の記載事項を確認のうえ、A4サイズの用紙にコピーし、

本紙、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。(領収書原本の提出は不要です)

【領収書 記載事項】

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、接種費用、インフルエンザ予防接種代であることの記載があるか。

領収書作成者の氏名・名称の記載があるか。

申請ルート : 被保険者が勤務する事業所の健保担当者に提出ください。(被保険者 事業所健保担当 組合)

補助金の支払いは、事業所(受任者)経由にてお支払いします。

(任意継続被保険者は、直接当組合宛に提出ください)

申請期限 : 各年度の年度末(3月末日)まで

尚、3月末日までに補助金のお支払いを希望される場合は、1月末日までにご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小伝馬町15-14 伊藤忠連合健康保険組合 保健事業課 TEL:03(3662)9953

「委任状」欄の受任者及び被保険者(委任者)欄に記名をお願いします。

受 付 印

委 任 状	
インフルエンザ予防接種補助金の受領を	
受任者 :	_____ に委任いたします。
被保険者(委任者)氏名 :	_____

1. 領収書の記載内容の確認

領収書

患者 No _____ 氏名 _____ 様 令和 4 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	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	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	但し、インフルエンザ予防接種代 (1 回目)として
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

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。

この後ろに貼り付け

インフルエンザ予防接種補助金請求書

令和 年 月 日

領収書の住所・番地 市区町村 番地 番号	領収者氏名 事業所名称	
予防接種を受けた方の氏名 氏名 性別 年齢 職業 関係 備考	予防接種を受けた医療機関名 診療科目 接種日(期間) 接種費用(税込) 補助金 2回目接種なし	予防接種にかかった費用の合計

以下の注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は10月～12月までの2か月間に受けつけた接種者・接種費者を対象とします。
 接種者：接種回数に、接種費用のうち5,000円(年1回)を上乗せして補助します。
 インフルエンザ以外の予防接種は、補助対象外です。
 ①接種を受けた方の氏名を、横は、横線に書き添えはる氏名をご記入ください。(印刷不可)
 ②接種者との関係、欄には、以下のいずれかをフルワットで選択してください。
 本人、夫、妻、養子、次男、三男、四男、長女、次女、三女、四女、父、母、その他
 ③別の医療機関での予防接種の有無で、「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。
 ④2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。
 必要ない項目は、「無記入」の記載事項を欄のうち、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。(領収書原本の提出は不要です)

【領収書記載事項】
 領収書の宛先は個人宛で、フルネームで記載されているか。
 領収日、領収時間、インフルエンザ予防接種代であることを記載があるか。
 領収者(受領者)の氏名、名称の記載があるか。
 申請ルート：接種者が勤務する事業所の健康担当者へ提出ください。(接種者、事業所健康担当 当該会)
 領収金の支払いは、事業所(受領者)領収にてお支払いします。
 (任意で領収書控えを、提出後回収していただくことも可能です。)

申請期間：各年度の年末(3月末日)まで
 前、3月末日までに補助金のお支払いを希望される場合は、1月末日までにご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小島町1-14 伊藤忠総合健康推進部 健康推進課 TEL:03(6462)9933

「受領者」欄の受領者及び接種者(受領者)欄に記載をお願いします。 受 付 印

インフルエンザ予防接種補助金の受領者
 受領者： _____ に委任いたします。
 接種者(受領者)氏名： _____

のり-しる

A4 サイズ

領収書

記載内容の確認事項
確認できるようにコピー

領収書

記載内容の確認事項
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。