

令和 8 年 9 月 7 日

被保険者各位

大倉健康保険組合

## 令和 7 年度インフルエンザ予防接種補助金支給要領

インフルエンザ予防接種を受けた被保険者・被扶養者の方に、費用の一部を下記のとおり補助します。

### 補助の対象実施期間

令和 8 年 10 月 1 日より令和 8 年 12 月末日の間において、国内のいずれかの医療機関でインフルエンザ予防接種を受けた方が対象です。

### 補助の対象者

インフルエンザ予防接種実施時に、資格を有する被保険者及び被扶養者を対象とします。ただし、65 歳以上及び中学生以下の方で、市町村等の条例等により費用の全額が※公的補助となる方は除きます。※公的補助については、お住まいの市区町村にお尋ねください。

### 補助の額

インフルエンザ予防接種を実施した方 1 人につき、1 年度に 1 回を限度として予防接種に要した費用のうち 2,500 円を補助します。（2,500 円に満たないときは支払額の補助となります。）

## **申請方法**

当健保組合の「インフルエンザ予防接種補助金支給申請書」(ホームページよりダウンロード)に必要な事項を記入し、医療機関発行の領収書の原本を添付してください。尚、領収書は返却しません。

- 接種料支払時に必ず正式な領収書を発行してもらってください。
- 領収書をお受け取りの際には、下記の◆領収書必須記載事項を必ずご確認ください。

### **◆領収書必須記載事項**

1. 予防接種を受けた方の氏名(姓だけでは不可)  
1枚に1名分のみ記載
2. 予防接種の内容等に『インフルエンザ予防接種』と明記
3. 予防接種を受けた年月日
4. 予防接種に要した金額(内訳・接種料の単価 等)
5. 予防接種を実施した医療機関名、医療機関・医師の認印(医療機関の印、またはその代表者の印、収納印、領収印 等)
6. ※レシート形式に於いても、医療機関の方に、上記“◆領収書必須記載事項(1)～(5)”を必ず記載してもらってください。  
内容がはっきりと読み取れないものは不可とします。

**実施期間:令和8年10月1日～令和8年12月31日**

**申請期間:令和9年1月30日までに健康保険組合で申請書が受け付けされたもの**

**※実施期間・申請期間について日にちが過ぎたものは補助対象外となりますのでご注意ください。**