

組合員の皆様へ

インフルエンザ予防接種助成事業の実施について

組合員及び被扶養者の方がインフルエンザ予防接種を受けた場合に、費用の一部を助成する「インフルエンザ予防接種助成事業」を以下のとおり実施します。

1 インフルエンザ予防接種助成事業

助成対象	組合員・被扶養者の方が 令和7年10月1日～令和8年1月31日 に受けたインフルエンザ予防接種に対し助成します。
助成金額	接種者1人当たり 1,000円 （年度内1回のみ）
申請方法※	「インフルエンザ予防接種助成金申請書（組合員送金用）」に領収書の原本を添付（裏面に糊付け）して所属所経由で申請してください。
申請期間	令和7年10月1日～令和8年2月27日 ☆申請期間を過ぎた場合、助成対象となりません。

※組合員の方で、所属所が委託した医療機関において予防接種を行い、費用の支払いを所属所が行っている場合は、所属所でまとめて請求することになりますので申請不要です。

2 領収書について

（1）領収書の必須項目

領 収 書	
① 共 済 太 郎 様	② 令和7年10月1日
③ ¥ 3,000	
④ 但 インフルエンザ予防接種代として 上記正に領収いたしました。	
⑤ 山梨県甲府市蓬沢1-2-1 共 済 医 院	

- ①接種者の氏名（フルネーム）
- ②接種日
- ③接種費用（1,000円以上）
- ④接種内容（インフルエンザの予防接種であること）
- ⑤医療機関名・住所等及び領収印

（2）注意事項

- ①「インフルエンザの予防接種」であることの記載がない領収書は受付できません。
- ②1回の接種費用が1,000円以上である必要があります。複数回接種した場合でも接種費用を合算することはできません。
- ③1枚の領収書で複数人が接種している場合は、領収書に接種者ごとの氏名・接種費用を医療機関に記載してもらってください。
- ④地方公共団体等への申請に領収書の原本が必要な場合は、領収書の写しで申請できます。ただし、余白に地方公共団体等に申請する旨と助成金額を記入してください。