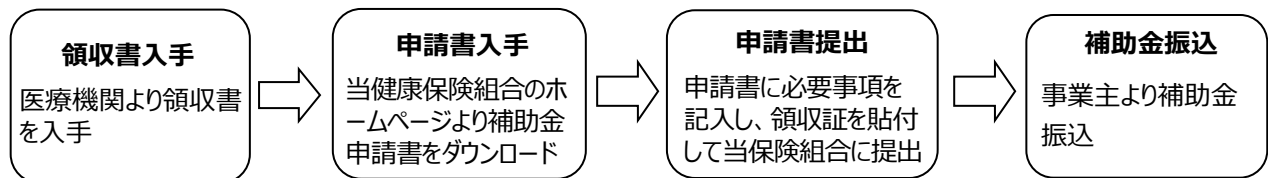


『インフルエンザ予防接種』補助金について (医療機関で接種される方)

トプコン健康保険組合（以下「当健康保険組合」）の保健事業として、医療機関で『インフルエンザ予防接種』を受けた方に対し、下記要領にて接種費用の補助を実施します。ご希望の方は、下記に従って申請してください。

記

◆インフルエンザ予防接種 補助申請の流れ



◆インフルエンザ予防接種 補助金申請 概要

1. 申請者 当健康保険組合 被保険者
2. 補助対象者 被保険者および被扶養者の方
(いずれも接種の日に被保険者・被扶養者の資格がある方)
3. 接種期間 2025 年 10 月 1 日～2026 年 2 月 28 日
4. 補助金額 実費（但し、予防接種を受けた補助対象者お一人につき 3,000 円まで）
5. 申請回数 1 回のみ
6. 申請方法 当健康保険組合のホームページで「補助金申請書」を出力し、所定事項をご記入のうえ、予防接種を受けた医療機関が発行した領収書とともに、8. に記載の申請締切日までに当健康保険組合に（但し、《山形》《オプト》の方は自社のご担当者にご提出ください。
7. 領収書について 領収書（レシート不可）には次の項目を明記してもらってください。
【1】接種者氏名（複数人数で接種の場合、人数分発行してもらってください）
【2】受診内容（インフルエンザ予防接種と明記）
【3】医療機関名
【4】接種年月日
8. 申請締切日 2026 年 3 月 6 日（必着）
9. 補助金支払 申請書を受付した日の翌月 20 日頃に、事業主経由でお支払いします。
10. その他 ご不明な点等ございましたら、トプコン健康保険組合までお問合せ下さい。

電話 03-3966-1244

kenkouhoken.kumiai@topcon.co.jp

以 上