「インフルエンザ予防接種」補助金申請される方へ

今年度もインフルエンザ予防接種の補助を実施します。
インフルエンザ予防接種については、注射による接種のほか、経鼻接種も補助対象となります。
下記注意事項をご確認のうえ、申請してください。

申請上の注意

接種期間	2026 年 10 月 1 日から 2027 年 2 月 28 日接種分
申請者・申請回数	トプコン健康保険組合の被保険者 申請は 1 回限りです（申請されるご家族全員の接種が終わった後、まとめて申請してください）。
補助対象者	トプコン健康保険組合の被保険者およびその被扶養者 ※接種日当日に当組合の資格を保有している方
補助金額	自己負担額について、1 人につき 3,000 円を上限として補助します。 ◆自治体等の助成制度を利用した場合 自治体等の助成制度（予診票等）を利用した場合、自治体等の助成額を控除した後の自己負担額を補助対象とします（但し 1 人につき 3,000 円まで）。
申請期限	**2027 年 3 月 5 日（金） 17 時**（必着）
申請書提出先	●板橋事業所勤務の方　：トプコン健康保険組合へご提出 ●任意継続被保険者の方　：トプコン健康保険組合へご提出 ●上記以外の方　：各事業所のご担当者へご提出
補助金のお支払い	申請書を受領した月の翌月 20 日に、事業主を通じてお支払いします。
申請書作成上の注意	◆自己負担額について 申請書の自己負担額欄には、ご自身が負担した金額（自治体等の助成を受けた場合は、助成額を控除した後の金額）を記入してください。 ◆2 回接種された方 医師の判断により 2 回接種された方は、2 回分をまとめてご記入ください。 接種年月日　：1 回目の接種日を記入してください。 支払額　：2 回分の合計金額を記入してください。 領収証は接種回数分貼付してください。 ◆領収証について 予防接種を受けた医療機関が発行した「領収証」原本を申請書と一緒に提出ください。（ホチキス・糊付け不可　・クリップで留めてください） 領収証には、次の事項を記載してもらってください。領収証は接種者ごとに必要です。 【1】接種者氏名 【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

提出期限：2027 年 3 月 5 日 17 時

見本

インフルエンザ予防接種 補助金申請書（令和 8 年度版）

請求日：2026＿＿＿＿年 11＿＿月 15＿日

トプコン健康保険組合 行

【申請する方】 **※申請者が記入し、記載内容を確認のうえ、ご提出ください。**

社員番号	被保険者氏名	事業所名	職場略号
１２３４５	健保 太郎	トプコン	健保

申請前にご確認ください（□にチェックを入れてください）

- ☑ 接種者全員が、接種日に当健康保険組合の資格を有している
- ☑ 領収書に「接種者氏名・インフルエンザ予防接種・医療機関名・接種日」が記載されている
- ☑ 自治体等の助成制度を利用した場合は、助成額を差し引いた後の自己負担額を記入している

【接種した方】

資 格	氏 名	接種した医療機関名		健保記入欄
		接 種 年 月 日	自己負担額	
被 保 険 者		医療機関名：		
		年 月 日	円	
被扶養者①	健保 花子	医療機関名：健保病院		
		2026 年 11 月 3 日	4500 円	
被扶養者②	健保 小太郎	医療機関名：健保病院		
		2026 年 11 月 3 日	3500 円	
被扶養者③	健保 小次郎	医療機関名：健保病院		
		2026 年 11 月 3 日	2000 円	
被扶養者④		医療機関名：		
		年 月 日	円	
被扶養者⑤		医療機関名：		
		年 月 日	円	

※自治体等の助成を受ける場合、自己負担額欄には、助成額を控除した後の金額を記入してください。