

事 務 連 絡
令和 4 年 9 月 1 3 日

事 業 主 殿

全国設計事務所健康保険組合

令和 4 年度予防接種補助金事業の実施について

謹啓 爽秋の候、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。
当健康保険組合の事業運営につきましては、日頃よりご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和 4 年度の疾病予防事業の一環といたしまして、別紙のとおり「インフルエンザ予防接種事業」を実施いたしますのでお知らせいたします。

本年度より、これまでの補助金の支給方法に加え、新たに東京都総合組合保健施設振興協会（東振協）が実施するインフルエンザ予防接種補助金事業を活用した補助が利用可能となりました。

このことにより、東振協が契約する全国約 3,000 の医療機関等においてインフルエンザ予防接種を受けた場合、その医療機関等における窓口での負担額は当組合における補助額を差し引いた額となり、これまでご負担いただいていた組合員及び事業所のご担当者の皆様の補助金支給申請に係るお手続きが不要となります。

つきましては、お手数ではございますが組合員の皆様へご周知いただき、本事業を積極的にご活用いただきますようお願い申し上げます。

なお、65 歳以上の組合員の皆様を対象とした「高齢者肺炎球菌予防接種」につきましては通年事業としておりますので、随時ご申請いただきますよう重ねてお願い申し上げます。

謹白

【お問合せ先】
健康管理センター事務グループ
TEL 03-3404-6811
組合ホームページURL
<http://www.sekkei-kenpo.org/>

インフルエンザ予防接種補助金事業の実施について

1 補助金支給対象接種期間

令和4年10月1日（土）から令和5年2月28日（火）までの接種分

2 対象者

接種日において当組合の被保険者及び被扶養者

3 補助額

対象接種期間中の接種につき3,000円を上限とした実費（1回のみ）

※市区町村等の予防接種補助と併用することができますが、その補助制度を優先とし、窓口支払額（実費）からその優先額を控除した残額に対して、上記金額を限度に支給いたします。

※支払った額が補助限度額に満たない場合は、実費分まで補助対象です。

※0才～12歳（小学生）が2回法で接種した場合は2回目も補助対象です。

※12歳（中学生）以上の方が2回法で接種された場合は、いずれか1回分を選択して申請してください。

4 補助金の支給対象となる予防接種

（1） 東振協が実施するインフルエンザ予防接種事業による接種の場合

- 東振協が契約する約3,000の医療機関等での接種の場合は、当組合への申請手続きは不要です。（医療機関等への接種予約等は個別に必要）
- 接種方法は「院内予防接種」「集合予防接種」「出張予防接種」の3通りとなります。
- 東振協が実施するインフルエンザ予防接種を受けた場合は、当組合へ従来の補助金申請はできません。重複支給が判明した場合、補助額等を返還していただくことになります。
- 各接種方法や予約方法等の詳細は、以下のURLまたはQRコードから東振協ホームページ「インフルエンザ予防接種 健保組合共同事業のご案内」をご確認ください。

【URL】 <https://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html>



【接種方法早見表】

接種方法	New ! 東振協		
	個人や家族単位で接種を受ける方、 補助金請求の手間を省きたい方にオススメ！		従業員の予防接種を一括で実施したい 事業所にオススメ！
	院内予防接種	集合予防接種	出張予防接種
	東振協が契約する医療機関で接種	指定の日時、 場所で接種	東振協の医療機関が事業所に 出張し、集団接種
利用方法	① 東振協ホームページの「東振協インフルエンザ契約医療機関」の一覧から希望する医療機関または会場を選び、電話予約。 ② 東振協ホームページの利用券発行申込ページに必要事項を入力し、「インフルエンザ予防接種利用券」を印刷 ③ 接種日当日、医療機関へ「インフルエンザ予防接種利用券」と「保険証」を持参し、補助額（3,000 円）が差し引かれた額を医療機関窓口で支払う		① 東振協ホームページの「インフルエンザ契約医療機関」の一覧から事務担当が希望する医療機関へ電話予約 ② 東振協ホームページの利用券発行申込ページに必要事項を入力し、「利用申込書」を印刷、申込者名簿を添えて医療機関へ申込
支払方法	例「東振協が契約する医療機関等での接種料金が 3,960 円」の場合 接種料金 3,960 円 － 組合補助 3,000 円 ＝窓口負担 960 円		事業所が組合補助額を差し引いた社員分料金をまとめて支払い

（２） 上記以外の予防接種の場合（従来の補助金申請）

- 申請者（被保険者）は「インフルエンザ予防接種補助金個人別明細書【事業所提出用】」に必要事項を記入のうえ、補助金明細書に記載されている接種内容が確認できる全ての領収書原本（写し不可）を添付し、事業所（会社）のご担当者へ提出してください。

※同一世帯の申請は、期間中に１回とさせていただきます。ご家族の方が全て接種を終えてから申請してください。

※２回法で接種し２回分をまとめた領収書の場合、１回目・２回目の各接種日及び各費用がわかる但し書き、または明細書等の添付をお願いします。

- ・ 各事業所において、申請者から提出のあった「令和4年度インフルエンザ予防接種補助金個人別明細書」を1ヶ月単位でお取りまとめの上、別添の「インフルエンザ予防接種補助金支給申請書」にて、組合健康管理センター事務グループ宛に一括して提出してください。

※当組合での申請書の受付からご指定の事業所口座への送金までに要する時間は、概ね2～3ヶ月となりますのでご了承ください。

- ・ 被保険者の方が事業所において集団で予防接種を受けた場合（同一医療機関で受けた場合に限る）は、予防接種補助金個人別明細書に代えて、別紙「インフルエンザ予防接種連名簿【集団接種用】」で申請してください。

※所定の申請用紙等は、組合ホームページ（<http://www.sekkei-kenpo.org/>）からダウンロードできます。本通知と併せてご参照ください。

- ・ 効率的な事務処理を行うため、同一事業所（あるいは支社単位）の申請は月1回までとさせていただきます。また、予防接種補助金個人別明細書は、**証番号順に並べて**ご提出くださいますようお願いいたします。
- ・ 申請書の提出は【令和5年3月8日（水）必着】です。

5 その他

- ・ インフルエンザワクチンの接種は任意です。接種の可否はかかりつけ医等によくご相談うえ判断してください。
- ・ 「フルミスト」等の厚生労働省が認可していないワクチンの接種は補助の対象外です。
- ・ この予防接種事業は、日本国内における季節性のインフルエンザの予防を目的とした事業ですので、日本国外での接種は対象外です。
- ・ その他ご不明な点につきましては、以下へお問合せ願います。

【お問合せ先】

全国設計事務所健康保険組合 健康管理センター事務グループ
TEL 03-3404-6811

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

別添のインフルエンザ予防接種補助金個人別明細書に基づき、一括で補助金を申請いたします。

なお、補助金については、申請者から受領委任を受けておりますので、「現金給付費支給手続規程」による指定口座に振り込んでください。

全国設計事務所健康保険組合 理事長 殿

事業所番号		年	月	日
この申請書に添付されているインフルエンザ予防接種補助金				
・ 個人別明細書【事業所提出用】 _____ 枚				
・ 連名簿 【集団接種用】 _____ 枚				
合計 _____ 枚				
申請年月等	年	月分	本社・（ ）支社	
所在地	〒 _____ TEL _____			
事業所名及び 事業主氏名				
※ 申請代表者	被保険者証番号	氏 名		

※申請代表者名は、同一事業所の被保険者の方を指定してください（事業主の方でなくても構いません）。

申請代表者 確認欄 ☐	記載内容および添付書類については誤りが無いことを確認しました。
--	---------------------------------

【申請時の注意】

1. 個人から提出のあった明細書、連名簿を提出月単位に取りまとめ、番号順に並べ本申請書に添付してください。原則は月に一事業所一申請としますが、ご希望により支社別に月単位にまとめても結構です。
2. 申請代表者名に記載がない場合は、申請者の中からこちらで指定させていただきますのでご了承ください。
3. 当組合に提出され内容を審査・支給決定し、事業所口座への送金をするまでに概ね2～3ヶ月のお時間を要しますのでご了承ください。

令和 4 年度 インフルエンザ予防接種補助金個人別明細書【事業所提出用】

※ご家族の方が全て接種を終えてから、事業所に提出してください。

下記のとおり予防接種を受けましたので、補助金を申請します。
なお、補助金の受領については、事業主に受領方を委任いたします。

年 月 日

事業所名		フリガナ	
保険証 記号番号	—	被保険者 氏名	

確 認 欄 (チェック)	☐ 申請者本人が記載内容および添付書類については誤りが無いことを確認しました。
-----------------	--

接種を受けた者の 氏 名	年齢	続柄	生年月日	2 回 目 (✓)	接種年月日	支払った費用
			昭・平・令 年 月 日	()	年 月 日	円
			昭・平・令 年 月 日	()	年 月 日	円
			昭・平・令 年 月 日	()	年 月 日	円
			昭・平・令 年 月 日	()	年 月 日	円
			昭・平・令 年 月 日	()	年 月 日	円
			昭・平・令 年 月 日	()	年 月 日	円
			昭・平・令 年 月 日	()	年 月 日	円

※0 歳～12 歳(小学生)の方で「2 回目」の接種の場合は必ず(✓)し、
1 行に 1 回分の詳細を記入してください。

領 収 書 添 付 欄【原本のみ・写し不可】

- ・できるだけ個人ごとの金額等が見えやすいようのりで貼付してください。
(セロハンテープ・ホチキス不可)
- ・この欄の左枠より右側に貼ってください。
- ・枠線より領収書がはみ出す場合は、折り曲げてください。

領 収 書 添 付 欄

- ・できるだけ個人ごとの金額等が見えやすいようご配慮ください。
- ・右の枠より左側に貼ってください。

【記入例】

令和×年 インフルエンザ予防接種補助金個人別明細書【事業所提出用】

※ご家族の方が全て接種を終えてから、事業所に提出してください。

下記のとおり予防接種を受けましたので、補助金を申請します。
なお、補助金の受領については、事業主に受領方を委任いたします。

×年11月24日

事業所名	(株) ○ ○ 設 計	フリガナ	ケンボ タロウ
保険証 記号番号	4 5 — 1 2 3 4	被保険者 氏名	健保 太郎

確 認 欄 (チェック)

☒ 申請者本人が記載内容および添付書類については誤りが無いことを確認しました。

接種を受けた者の 氏 名	年齢	続柄	生年月日	2 回 目 (✓)	接種年月日	支払った費用
健保 太郎	45	本人	昭和・平・令××年5月15日	()	×年10月5日	3,240円
健保 花子	42	妻	昭和・平・令××年4月9日	()	×年10月10日	3,500円
健保 次郎	13	長男	昭和・平・令××年1月23日	()	×年10月10日	3,500円
健保 桜	8	長女	昭和・平・令××年11月8日	()	×年10月10日	3,500円
健保 桜	8	長女	昭和・平・令××年11月8日	(✓)	×年11月2日	2,500円

申請者全員の
氏名を記入して
ください。

領収書

健保 花子 様 ￥3,500—
健保 次郎 様 ￥3,500—
健保 桜 様 ￥3,500—

合 計 ￥10,500—

但し、インフルエンザ予防接種 代金
上記の金額を領収しました。
令和×年10月10日

組合診療所
渋谷区神宮前×一△ 印

0～12歳(小学生まで)の
2回目接種は ✓ してください。

健保 太郎 様

3, 2 4 0 円

インフルエンザ予防接種 代金 ￥2,500—
金額を領収しました。
令和×年10月5日 2,500—

クリニック
渋谷区千駄ヶ谷△一× 印
種 代金

上記の金額を領収しました。
令和×年11月2日

組合診療所
渋谷区神宮前×一△ 印

この線よりも右側に
糊付けしてください。

インフルエンザ予防接種 連名簿【集団接種用】

※ この用紙は事業所で被保険者が集団接種をした場合に使用してください。

事業所番号

事業所名

担当者名

電話番号

接種を受けた 医療機関名		接種年月日		年 月 日
	証番号	接種を受けた者の氏名	生年月日	支払った費用
1			昭・平 年 月 日	円
2			昭・平 年 月 日	円
3			昭・平 年 月 日	円
4			昭・平 年 月 日	円
5			昭・平 年 月 日	円
6			昭・平 年 月 日	円
7			昭・平 年 月 日	円
8			昭・平 年 月 日	円
9			昭・平 年 月 日	円
10			昭・平 年 月 日	円

領 収 書 添 付 欄【原本のみ・写し不可】

- ・できるだけ金額等が見えやすいようのりで貼付してください。
(セロハンテープ・ホチキス不可)
- ・この欄の左枠より右側に貼ってください。