

事 務 連 絡
令和6年9月12日

事 業 主 殿

全国設計事務所健康保険組合

令和6年度予防接種補助金事業のご案内

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6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補助金事業」をご案内いたします。

昨年に引き続き、これまでの補助金の支給方法に加え、東京都総合組合保健施設振興協会（東振協^{とうしんきょう}）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です。

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」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6年10月1日（火）から令和7年2月28日（金）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歳～12歳（小学生まで）が2回法で接種した場合は2回目も補助対象です。

※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

- ・ 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きます。
- ・ 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。

【東振協インフルエンザ予防接種 URL】

<https://www.toshinkyu.or.jp/influenza.html>



- ・ 各事業所において、申請者から提出のあった「令和6年度インフルエンザ予防接種補助金個人別明細書」を1か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か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同一の日に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申請連名簿【集団接種用】」を使用し申請してください。

※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、被保険者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7年3月7日(金) 必着**】です。

【送付先】 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷2-37-9
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 宛

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。
- ・ 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。
- ・ 12歳の中学生は、2回目の補助は対象外です。ご注意ください。
- ・ 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 御中

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 <input type="checkbox"/>	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、被保険者証番号順に並べてこの申請書に添付してください。原則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か月のお時間を要しますのでご了承ください。

令和6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)	<input type="checkbox"/> 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。

領収証 添付欄【原本のみ・写し不可】

- ・のりで貼付してください。(セロハンテープ・ホチキス不可)
- ・この欄の二重枠線の内側に貼ってください。
- ・枠線より領収証がはみ出す場合は、折り曲げてください。

【領収証の記載必須項目です。ご確認ください】

- ①接種者の氏名フルネーム(会社名不可 ※集団接種除く)
- ②接種費用
- ③接種内容 『インフルエンザ』の記載必須
- ④接種年月日 ※領収日と接種日が異なる場合のみ必須
- ⑤医療機関名と領収印等

領収証添付欄

・二重枠線の内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	ケンポ 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	○・平・令××年5月15日	()	×年10月5日	3,240円
健保 花子	42	妻	○・平・令××年4月9日	()	×年10月10日	3,500円
健保 次郎	13	長男	○・平・令××年1月23日	()	×年10月10日	3,500円
健保 桜	8	長女	○・平・令××年11月8日	()	×年10月10日	3,500円
健保 桜	8	長女	○・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。

領収証

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。
 ×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

3,240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。
 ×年10月5日

クリニック
 渋谷区千駄ヶ谷△一× 印

上記の金額を領収しました。
 ×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 申請者連名簿【集団接種用】

※ 事業所で被保険者が集団(同一日)接種をした場合に使用してください。

※ 接種年月日で用紙を分けてください。

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 証 添 付 欄【原本のみ・写し不可】

- ・ のりで貼付してください。(セロハンテープ・ホチキス不可)
- ・ この欄の二重枠線の内側に貼ってください。