

令和8年度インフルエンザ予防接種補助実施要領

ベイシアグループ健康保険組合

1 目 的

この要領は、冬季に流行するインフルエンザの罹患予防のためにワクチンを接種した被保険者及び被扶養者（以下「被保険者等」という）に対し、接種料金の一部を補助することにより被保険者及び被扶養者の健康維持に寄与することを目的とします。

2 対象者

対象者は、インフルエンザワクチン（以下「ワクチン」という。）接種日において、ベイシアグループ健康保険組合の被保険者等である者としてします。

※接種後、当組合の加入者資格を喪失した場合は支給対象外とします。ただし、接種日において当組合の加入者であり、令和9年1月16日時点で当組合加入者である場合は支給対象者としてします。

3 接種医療機関

接種医療機関は、ワクチンの接種を実施している医療機関とします。

4 支給対象接種期間

被保険者等が、令和8年10月1日から12月31日までにワクチンを接種したものについて、補助金の支給対象とします。

5 補助金額

補助金額は、ワクチンを接種した被保険者等1名につき上限2,000円とします。（接種料金が2,000円未満の場合は実額とします。）なお、4の期間に1人が2回接種（2回接種法）した場合も上限2,000円とします。

6 補助金の申請

各申請者は、接種終了後、別紙1「インフルエンザ予防接種補助金支給申請書」に所定事項を記入し、**領収証原本を添付の上**、被保険者の所属長（店部長）に提出してください。ベイシアグループ健康保険組合へ直接申請しないでください。

●領収証には、以下の記載が必要となります。

- ①接種した日付
- ②接種した者の氏名
- ③接種に要した金額
- ④実施医療機関名
- ⑤インフルエンザワクチン接種費用である旨の記載があること

①～⑤の必要事項が記載されていない領収証の場合、手書き補正でも結構ですので医療機関に依頼の上記載してもらってください。（医療機関の印が必要）

※領収証原本の提出が無い場合、補助金が支給出来ませんのでご注意ください。

（領収証のコピー、接種済証、医療費明細書のみ提出は不可）

所属長は、申請書を取りまとめて指定期限までに事業主（各社とりまとめ部署担当者等）に提出してください。

資格喪失者の申請は不可とします。ただし、接種日において当組合の加入者であり、令和9年1月16日時点で当組合の加入者である者については可とします。

*「インフルエンザ予防接種補助金支給申請書」は、当組合のホームページからダウンロードできます。
(<http://www.beisiag-kenpo.or.jp>)

7 補助金の支給

補助金の支給は、事業主を経由して各被保険者の給与支払い口座に振り込みます。
(振込予定日：2月の給与振込日)

8 各社から健保組合への補助申請総括表兼請求書等の提出期限

各社の「インフルエンザ予防接種補助申請総括表兼請求書」および「インフルエンザ予防接種補助金支給申請書」ならびに「個人別補助金額データ（Eメールにて）」を令和9年1月31日までに健保へ提出してください。

(別紙1)

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

(各社の指定する取りまとめ部署へ提出し、直接健保へは提出しないでください)

被保険者証の記号番号										事業所名	
被 保 険 者 氏 名										社員コード	
接 種 者 氏 名 * ペイシアグループ 健康保険組合の 加入員に限る										被保険者 との続柄	
										接 種 年月日	令和 年 月 日
										被保険者 との続柄	
										接 種 年月日	令和 年 月 日
										被保険者 との続柄	
									接 種 年月日	令和 年 月 日	
接 種 料 金	1 回接種 人 円									申請額	(1 人当り上限 2000 円、2000 円以下は実費額) ¥ 円
	2 回接種 人 円										
	合 計 人 円										
接 種 医 療 機 関 名											
接 種 医 療 機 関 の 所 在 地											

インフルエンザ予防接種補助金の支給を申請します。

令和 年 月 日

被保険者の住所

被保険者の氏名

印

ペイシアグループ健康保険組合理事長 様

領収証（原本）貼り付け位置（のりしろ）

<領収証についての注意事項>

必ず領収証の原本を添付してください。領収証には以下の項目の記載があるか確認☑をお願いします。

☐①接種した日付

☐②接種した者の氏名

☐③接種に要した金額

☐④実施医療機関名

☐⑤インフルエンザワクチン接種費用である旨の記載があること

①～⑤の必要事項が記載されていない領収証の場合、手書き補正でも結構ですので医療機関に依頼の上
記載してもらってください。（医療機関の印が必要）

※領収証原本の提出が無い場合、補助金が支給出来ませんのでご注意ください。

（領収証のコピー、接種済証、医療費明細書のみの添付は不可）

(別紙1)

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

<記入例>

(各社の指定する取りまとめ部署へ提出し、直接健保へは提出しないでください)

被保険者の記号番号	○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○ ○	事業所名	株式会社 ○○○○		
被 保 険 者 氏 名	健保 太郎	社員コード	○○○○○○○○○		
接 種 者 氏 名 * ペイシアグループ 健康保険組合の 加入員に限る	健保 太郎	被保険者 との続柄	本人	接 種 年月日	令和 ○年 ○月 ○日
	健保 花子	被保険者 との続柄	妻	接 種 年月日	令和 ○年 ○月 ○日
	健保 次郎	被保険者 との続柄	子	接 種 年月日	令和 ○年 ○月 ○日
		被保険者 との続柄		接 種 年月日	令和 年 月 日
		被保険者 との続柄		接 種 年月日	令和 年 月 日
接 種 料 金	1 回接種 2 人 ○○○○円 2 回接種 1 人 ○○○○円 合 計 3 人 ○○○○円			申請額	(1 人当り上限 2000 円、2000 円以下は実費額) ¥ ○○○○ 円
接 種 医 療 機 関 名	○○○○病院				
接 種 医 療 機 関 の 所 在 地	○○県○○市○○町○○番地				
インフルエンザ予防接種補助金の支給を申請します。 令和 ○年 ○月 ○日 被保険者の住所 ○○県○○市○○町○○番地 被保険者の氏名 健保 太郎 (印) ペイシアグループ健康保険組合理事長 様					

領収証（原本）貼り付け位置（のりしろ）

<領収証についての注意事項>

必ず領収証の原本を添付してください。領収証には以下の項目の記載があるか確認☑をお願いします。

- ☐①接種した日付
- ☐②接種した者の氏名
- ☐③接種に要した金額
- ☐④実施医療機関名
- ☐⑤インフルエンザワクチン接種費用である旨の記載があること

①～⑤の必要事項が記載されていない領収証の場合、手書き補正でも結構ですので医療機関に依頼の上記載してもらってください。（医療機関の印が必要）

※領収証原本の提出が無い場合、補助金が支給出来ませんのでご注意ください。

（領収証のコピー、接種済証、医療費明細書のための添付は不可）

