

■事務担当者様へのお願い■

東振協の契約医療機関で利用券を提示して接種を受けた後、当組合へ補助金を請求し、重複して補助を受けてしまうケースが多くみられます。

東振協の契約医療機関で利用券を使用してインフルエンザ予防接種を受けた方は、すでに当組合の補助額が差し引かれているため、補助金の請求はできません。

○事業所で取りまとめて当組合に補助金を請求する場合

ご取りまとめの前に、東振協の利用券を使用した接種費用については補助金請求できない旨をご周知ください。

○東振協の出張接種を利用する場合

出張接種を利用した方が、東振協の補助を利用していることを知らずに当組合に補助金を請求し、重複して補助を受けてしまうことがあります。

「補助を利用すること」「その場合補助金の請求はできないこと」を利用した社員の方に必ずお伝えください。

事業所用

東京業業健康保険組合
インフルエンザ予防接種補助金請求書

組合記入欄

※東振協の契約医療機関で利用券を使用して接種を受けた場合は請求できません。

請求書送付先：〒110-0015

東京都台東区東上野1丁目27番2号

東業健保健康開発センター

インフルエンザ予防接種補助金係

事業所記号																									
事業所名称																									
請求者名 <small>(事業主名または届け出ている代理人名)</small>																									
振込通知書送付先	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="6">※当組合に届出の送付先住所・宛名と異なる場合のみ記入</td></tr><tr><td colspan="6">_____</td></tr><tr><td colspan="6">(宛名)</td></tr></table>							※当組合に届出の送付先住所・宛名と異なる場合のみ記入						_____						(宛名)					
※当組合に届出の送付先住所・宛名と異なる場合のみ記入																									

(宛名)																									
担当者名・連絡先 <small>日中連絡がつく電話番号を記入してください。</small>	担当者名： _____ TEL () _____																								
請求人数	_____ 人 <small>※接種した日に当組合の被保険者・被扶養者の資格がある方が対象です。当組合の異なる保険証記号をお持ちの方(任意継続・特例退職含む)は併せて請求できません。</small>																								

振込先金融機関 … 店名・店番号は銀行の統廃合により変更されている場合がありますので事前にご確認ください。店名と店番号が不一致および未記入の場合は補助金のお振込ができませんのでご注意ください。

金融機関	銀行コード					支店	店番号				種目	普通
						銀行・農協 信金・信組					本店 支店	当座
口座番号							口座名義 <small>必ずカタカナで ご記入ください</small>					

委任状 … 請求者と振込先の口座名義が異なる場合は必ず記入してください。

本請求に基づくインフルエンザ予防接種補助金に関する受領を下記の代理人に委任します。

請求者	事業所名： _____ 請求者氏名： _____	令和 年 月 日
代理人	事業所名： _____ 代理人氏名： _____	

◎請求期限：令和7年3月10日(月)必着

■ご注意ください■ 対象接種期間：令和6年9月1日(日)～令和7年2月28日(金)

- 東振協の契約医療機関で利用券を使用して接種を受けた場合、当組合の補助額がすでに差し引かれているため、補助金を請求することはできません。重複支給が判明した場合、補助額を返還していただくこととなります。
- 事業所記号が異なる接種者がいる場合は、記号ごとに請求書を分けてください。混在した請求書・連名簿は返戻させていただきます。
- 不足書類のないよう必ずまとめて送付してください。(請求書・連名簿・領収書の写し(貼付用紙にのり付け)を1セット)
- 領収書の原本は返却できませんので、ご請求の際はご確認のうえご提出ください。
- 請求期限が近づくと申請が集中します。速やかなお支払いができるよう、月ごとや支店ごとに分けていただき、早めの請求にご協力ください。
- 請求書記載内容に不備がある場合は返戻させていただきます。
- 厚生労働省で承認されていないインフルエンザ予防ワクチンは補助の対象外です。

詳細は裏面の「請求上の注意」をご覧ください

請求上の注意

【事業所用】

インフルエンザ 予防接種補助金 請求書について	事業所で従業員の補助金を取りまとめて請求する際に使用します。 ・東振協の契約医療機関で利用券を使用して接種を受けた場合、当組合の補助額がすでに差し引かれているため請求できません。 重複支給が判明した場合、補助額を返還していただくこととなります。
対象接種期間	令和6年9月1日(日)～ 令和7年2月28日(金)
対象者	接種の日に東京薬業健康保険組合の被保険者及び被扶養者の資格がある方。 ・当組合の加入者であっても異なる事業所記号の方や、任意継続・特例退職保険の資格をお持ちの方は、請求書を分けていただく必要があります。 ・厚生労働省で承認されていないインフルエンザ予防ワクチンは補助の対象外です。
補助金限度額	1人あたり 1,500円 当該年度の接種期間内 1回分限り ・医師の判断等で2回接種される場合は、1回目か2回目いずれかの接種分のみ請求することができます。合算しての請求はできません。 ・支払った額が補助金限度額に満たない場合は実費分のみお支払いします。 ・他の制度(自治体等)の補助を受けた方は、補助後の実費払額が対象となります。
請求方法 【事業所用】	次の①～③を揃えて請求先に郵送にてご提出ください。 事業所記号が異なる接種者を請求する場合は、記号ごとに請求書一式作成してください。 ① インフルエンザ予防接種補助金請求書(事業所用) ② インフルエンザ予防接種代と記載されている領収書※のコピー ※接種者氏名・接種日・費用・医療機関名・領収印が鮮明に確認できる領収書を添付してください。 ※所定の貼付用紙に貼付してください。接種済証では代用できません。 ③ 連名簿 ホームページにエクセル版を掲載しておりますのでご利用ください。 ※領収書の貼付順に連名簿を作成し、領収書には連名簿の「ページ数」-「通番」をご記入ください。
請求書の書き方	別紙「事業所用 インフルエンザ予防接種補助金請求書の記入例」を参照。 ※請求者(事業所名・請求者名)と口座名義が完全に一致していない場合は委任状欄の記入が必要となります。
請求先(郵送先)	〒110-0015 東京都台東区東上野1-27-2 東薬健保健康開発センター インフルエンザ予防接種補助金 係 インフルエンザ予防接種補助金請求に必要な書類以外は同封しないでください。
請求期限	<u>令和7年3月10日(月) 必着</u> ・請求期限を過ぎたものにつきましては、補助金をお支払いすることができない場合がございますので、あらかじめご了承ください。 ・請求期日間近は申請が集中します。速やかなお支払いができるよう、月ごとや支店ごとに分けていただき、早めの請求にご協力ください。
お問合せ先	東薬健保健康開発センター 予防課 ☎ 03(3833)3272

【個人情報の取り扱いについて】

当請求書にご記入いただいた皆様の個人情報は、この補助金をお支払いする目的のために使用し、他の目的には一切使用いたしません。

連名簿

組合記入欄

事業所記号

●すべての項目について必ずご記入ください

↓連名簿のページ数を記入

事業所名称

／ ページ

※事業所記号が異なる接種者がいる場合は、記号ごとに請求書を分けてください

※領収書の貼付順に連名簿を作成し、領収書には連名簿の「ページ数」-「通番」をご記入いただくようご協力をお願いします

通番	保険証番号	氏名	種別 <small>どちらか○で囲む</small>	性別 <small>どちらか○で囲む</small>	生年月日	接種した日	支払った費用
1			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
2			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
3			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
4			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
5			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
6			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
7			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
8			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
9			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
10			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
11			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
12			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
13			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
14			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
15			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
16			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
17			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
18			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
19			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
20			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
21			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
22			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
23			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
24			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
25			本人・家族	男・女	1.昭和 2.平成 3.令和	令和 年 月 日	円
接種した方の合計人数				人			

総計 接種した人数 人

接種日当日に当組合の資格があるかご確認ください。

領 収 書 貼 付 用 紙

※領収書のコピーは重ならないよう貼付し、領収書の枚数に応じて貼付用紙はコピーしてお使いください。
※インフルエンザ予防接種済証は領収書の代わりにはなりません。

の

【インフルエンザ予防接種補助金請求書用】

領収書コピーを貼付してください。

り

※領収書原本はセルフメディケーション税制の適用を受ける際に必要となる場合がありますが、こちらに貼ってしまうとお返すことができません。

※インフルエンザ予防接種の領収書以外は貼付しないようにしてください。

し

⚠ お送りいただく前にご確認ください

- 東振協の契約医療機関で利用券を使用して接種を受けていませんか？**
この場合、当組合の補助額がすでに差し引かれているため、補助金の請求はできません。
重複支給が判明した場合、補助額を返還していただくこととなります。
- 領収書の接種者氏名・接種日・費用・医療機関名・領収印は鮮明ですか？**
- 領収書に「インフルエンザ予防接種代」と記載されていますか？**
記載がない場合は、医療機関で追記してもらうか、インフルエンザの予防接種であることがわかるもの（領収明細書、接種済証、母子手帳のコピーなど）を領収書と一緒に貼り付けてください。

ろ

※必ず「のりしろ」上にのり付けし、はがれないようお願いいたします。