

令和 7 年度インフルエンザ予防接種補助のご案内

場所	希望する医療機関 * お子様や 65 歳以上の方で、お住いの市区町村でインフルエンザの助成がある場合、市区町村が定める助成が受けられる病院での接種をお願い致します。 市区町村の助成の対象となっている方は健康保険組合からの補助は受けられません。
費用	接種した医療機関にお支払いください
補助金	2,000 円 ※2,000 円未満の場合は実費 (期間中 1 回に限り補助。お子様で 2 回目の予防接種には補助がありません)
対象者	被保険者及び被扶養者 ※接種日に被保険者及び被扶養者であること * お子様の接種については、回数にかかわらず市区町村の助成がある場合は補助を受けられません。
対象期間	令和 7 年 10 月 1 日～令和 8 年 1 月 31 日に接種を受けた方が対象 * 期間外に接種した場合には補助は受けられません
提出書類	<ul style="list-style-type: none"> ● インフルエンザ予防接種補助金申請書 ● 領収書(原本) <ul style="list-style-type: none"> ・受診者氏名及び、接種日、インフルエンザ予防接種代と明記された領収書をもってください。 ・接種者 1 名に対し 1 枚もらってください ● 診療明細書(原本) (「インフルエンザ予防接種代」や接種日の記載が診療明細書にしかない場合は領収書と合わせてご提出ください)
注意事項	<p>フルミスト(経鼻弱毒性インフルエンザワクチン)につきましては、厚生労働省で認可されたワクチンのみが補助の対象となります。現在認可されているワクチンは 2 歳以上 19 歳未満の方のみを対象としたワクチンです。</p> <p>フルミストワクチンを接種された方は、「インフルエンザ予防接種」の記載のみでなく、領収書または診療明細書(いずれも原本)に接種したワクチンのメーカー名(製薬会社)の記入を医療機関に依頼してください。</p> <p>医療機関に接種の事実内容等を確認する場合があります。</p>
提出先	事業所 * 任意継続の方は健保組合にご提出をお願い致します
請求期限	令和 8 年 3 月 31 日(火)健保着分
申請書	<p>申請書に記載のチェック項目をご確認頂き、チェックを入れた上でご提出をお願い致します。</p> <p>領収書等は「領収書等貼付用紙」にのりづけしてご提出をお願いいたします。</p>

詳細は、各事業所健保担当者または健保組合にお尋ねください。

令和7年度用インフルエンザ予防接種補助金申請書

[illegible]

チェック欄(□)をご確認の上、提出してください。

- ☐ 申請書の被保険者(申請者)の欄に記入する氏名は自署しました。
- ☐ 領収書(原本)を添付しました。(領収書のコピー、診療明細書、接種済み証は領収書として認められていません)
- ☐ 領収書に接種者の氏名(フルネーム)、 領収印がある事を確認しました。
- ☐ 領収書に接種日が書かれている事を確認しました。(令和7年10月1日から令和8年1月31日の期間に接種されている方が対象です)
- ☐ 領収書に「インフルエンザ予防接種費用」である事を示す記載がある事を確認しました。(診療明細書に上記記載がありましたので領収書と診療明細書(原本)を提出します)
- 接種したワクチンは → ☐ 注射型のワクチンを接種した人のみです
☐ フルミストワクチンを接種した人を含みます
(領収書または診療明細書(いずれも原本)に、ワクチンのメーカー名(製薬会社)の記入を医療機関に依頼してください)

【注意】 お子様や 65 歳以上の方で、お住まいの市区町村でインフルエンザ予防接種の助成がある場合、市区町村が定める助成が受けられる病院での接種をお願い致します。市区町村の助成の対象となっていない方は健康保険組合からの補助は受けられません。

領 収 書 等 貼 付 用 紙

※ 申請書の受診者数に応じて貼付用紙をコピーしてお使いください

の
り
し
ろ

※のりしろ部分の左側には
はみ出さないようにしてください

【令和7年度用 インフルエンザ予防接種補助金申請書用】



領収書、診療明細書は重ならないように貼付してください
一人につき1枚貼付用紙をご利用ください

◆ 「のりしろ」上にのり付けし、はがれないように貼り付けしてください

◆ 領収書および診療明細書等の返却は致しかねますのでご了承ください

※ 申請書記載内容や、領収書および診療明細書等に不備がある場合は申請書一式を返戻させて頂く場合がございます。お送り頂く前に今一度インフルエンザ予防接種補助金申請書のチェック欄をご確認ください

貼付見本

領 収 書 貼 付 用 紙

領収書	
健康 花子 様	令和〇年△月□日
¥ 3,000	〇×
インフルエンザ予防接種代として	

診療明細書	
健康 花子 様	令和〇年△月□日
インフルエンザ予防接種・・・3,000円	
¥ 3,000	〇×病院

用紙からはみ出してしまう
場合は内側に折ってください