任意継続被保険者　各位

サクサ健康保険組合

インフルエンザ予防接種補助金のご案内

インフルエンザ予防接種の補助金を申請される方は、本案内を確認のうえ補助金申請を行ってください。
申請は、従来の紙による補助金申請のほか、健康増進支援サービスPep Up（アプリまたはブラウザ）を使用した補助金申請に対応しています。

1. 対象者

被保険者及び被扶養者
※接種日時点で当組合に加入している65歳未満の方。

2. 補助金

当該年度の接種期間内1回限り　3,000円／人
※自治体や他の制度等から補助を受けられる場合は、他制度を優先します。
※接種費用が補助金額に満たない場合は、実費を補助します。
※毎月、20日までに申請のあった分を月末に振込みます。

3. 対象期間

毎年9月1日～翌年1月31日までに受けた予防接種を補助の対象とします。
※接種は、日本国内の医療機関に限ります。
※国内未承認ワクチンは、補助金の対象外です。

4. 申請方法

「インフルエンザ予防接種補助金申請書」に必要事項をご記入のうえ、領収書貼付用紙に領収書を貼付してご提出ください。

■必要書類　全て紙（原本）をご提出ください。
① インフルエンザ予防接種補助金申請書
② 領収書貼付用紙
③ 領収書

■領収書必須記載事項
① 予防接種を受けた方の氏名（フルネーム）
② 予防接種を受けた日付
③ 予防接種費用の単価
④ 領収書に「インフルエンザ予防接種代」と記載があること。
※「予防接種」のみでは不可。
⑤ 医療機関名・受領印

（注意）
領収書に「インフルエンザ予防接種」と医療機関が手書きで追記している場合は、追記部分に医療機関の押印（病院担当者の認印可）が必要です。

5. 申請期限

■補助金申請期限：毎月20日 健保必着

■最終の補助金申請期限：毎年2月の第2金曜日 健保必着

6. 申請書提出先

〒222－8522
神奈川県横浜市港北区新横浜3－2－3　EPIC TOWER SHIN YOKOHAMA
サクサ健康保険組合　補助金担当宛

申請書及び領収書は、全て紙（原本）をご提出ください。

【健保記入欄】		
支給人数	本　家　計	名
補助金合計		円
支払年月日		

サクサ健康保険組合			
常務理事	事務長	係　員	担　当

インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請年月日		20　　年　　月　　日			
記号・番号		記号	90	番号	
被保険者氏名					
No.	接種者氏名	続柄 ※本人、長男等	接種日 ※2回接種の方は、1回目をご記入ください。		接種単価
1		本人	月　日		円
2			月　日		円
3			月　日		円
4			月　日		円
5			月　日		円
6			月　日		円

＜2回接種の場合＞

1回の接種費用（自己負担）が3,000円を超える場合、領収書は1枚のみ貼付してください。

＜家族も接種の場合＞

世帯分をまとめて1回で申請してください。

付　年　月　日
受

＜提出先＞

〒222－8522
神奈川県横浜市港北区新横浜3-2-3
EPIC TOWER SHIN YOKOHAMA
サクサ健康保険組合　補助金担当宛

＜提出期限＞

毎年2月の第2金曜日　健保必着

申請書及び領収書は、全て紙（原本）をご提出ください。

のりしろ

領 収 書 貼 付 用 紙

申請書に記載した接種者順に領収書を貼付してください。
貼りきれない場合は、領収書貼付用紙を追加してください。

申請内容に不備がある場合には、申請書等を一旦返却させていただきますので、提出前に今一度ご確認ください。

☑ 領収書に領収印はありますか？領収印（病院担当者の認印可）がないものは受け付けできません。

☑ 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い、追記部分に押印（病院担当者の認印）を受けるか、インフルエンザ予防接種であることがわかる領収明細書、接種済証等を併せて提出ください。

☑ 家族で受けた場合等、複数名の領収書が1枚にまとまっている場合は、接種者全員のフルネーム、接種日、費用単価（お子さんなど単価が異なる場合があります）が記載されていますか？

☑ 家族も接種を受ける場合は、申請する人全員分をまとめて1枚の申請書で1回で申請してください。

＜領収書必須記載事項＞

① 予防接種を受けた方の氏名（フルネーム）
② 予防接種を受けた日付
③ 予防接種費用の単価
④ インフルエンザ予防接種である旨
⑤ 医療機関名・受領印

（注意）

領収書に「インフルエンザ予防接種」と医療機関が手書きで追記している場合は、追記部分に医療機関の押印が必要です。