

各位

インフルエンザ予防接種費用補助について

2026年10月1日～12月31日までに医療機関で接種したインフルエンザ予防接種の費用を申請により補助致します。

1.対象者

接種日・支給日に当健保加入の従業員及び扶養しているご家族

2.補助金額

- 1人につき、1回2,000円を上限として補助致します。
※接種費用が上限額より少なかった場合は、接種費用が補助額となります。
★「フルミスト点鼻液」は、接種補助の対象としますが、補助額は1人1回上限2,000円となります。
- 13歳未満のお子様のみ、1人につき2回分（合算の場合は上限4,000円）まで申請可能です。
※13歳未満の判断基準・・・当該年度(2026年4月1日～2027年3月31日)に12歳以下のお子様

3.受付日と支給日

- 締切
1次締切：11/13(支給:12/25) 最終締切：1/15(支給:2/25) ※健保必着
- 支給方法
事業所経由で支給いたします。
※任意継続被保険者は登録口座へ直接お振込みいたします。

4.支給条件

- 接種した方の名前が書かれた「領収書」であること。レシートは無効です。
- 予防接種分の費用がわかること
- ワクチンの種類が特定できる表記があること〔下記のいずれかが必要です〕
 - ・「インフルエンザ」の表記があること（印字またはスタンプ等）
 - ・ワクチンのロットナンバーが書かれた小さいシールが貼ってあること
 - ・「インフルエンザ」の表記が無い場合は、接種済証を一緒に提出すること



5.申請方法

下記の「インフルエンザ予防接種 補助金申請書」と、「領収書」を当組合へ提出してください。
☎044-276-3929 お問い合わせは担当：山谷（内線21130）まで

-----切り取り線-----
←ホチキスはここに。申請書を上にして留めて下さい 受付締切日 11/13(金)・1/15(金)健保必着
プレス工業健康保険組合 行

提出日 月 日

2026年度インフルエンザ予防接種 補助金申請書

※下にあるチェック項目を満たしてから、添付書類をホチキス留めして提出下さい。

被 保 険 者 用	記号	番号	氏名	被保険者分の 申請がある方は ○をつける⇒	
被 扶 養 者 用	ご家族氏名（同一人物は1行にまとめてください）			年齢	続柄

チェック項目

- ☐ 添付書類に領収書は含まれていますか？レシートは無効です。
 - ☐ 接種された方のお名前がありますか？
 - ☐ 予防接種の費用が表記されていますか？
 - ☐ 予防接種が「インフルエンザ」であることがわかる表記がありますか？
- ※接種済証もしくは『インフルエンザ』の文字が表記された明細が必要です。