インフルエンザ予防接種補助

事業所主体や、個人毎に予防接種を行った場合に補助します。

対象者	年齢	自己負担	補助金	接種期間	申請期限 （期限を過ぎた場合は対象外）
本人（被保険者）	制限なし	差額	1,000円 （市町村より助成対象者除く）	10月～12月	令和6年1月31日（水）
家族(被扶養者）	令和6年4月1日現在18歳以下、接種時1歳以上	差額	1,000円（1回接種の上限額）2回まで （市町村より助成が1回の場合は、2回目の補助可）	10月～翌年3月	令和6年3月29日（金）

被保険者予防接種のながれ

（1）本人（被保険者）が個人毎に接種し、料金を全額立替えて支払う場合

医療機関で接種（費用全額支払い） → 本人が①証明書（別紙1）を記入し（医療機関証明付）事業所へ提出する → 事業所より健保組合に補助金申請後、健保組合から事業所口座に支払い

（2）家族（被扶養者）が接種し料金を全額立替えて支払う場合

医療機関で接種（費用全額支払い） → 家族が②申請書（別紙2）を記入し（医療機関証明付）本人から事業所へ提出する → 事業所より健保組合に補助金申請後、健保組合から本人口座に支払い

＊補助金申請

（1）被保険者

①「インフルエンザ予防接種実施証明書（被保険者用）」（別紙1）

要）医療機関証明。証明がない場合、領収書(※)の写しを添付

(※)インフルエンザ予防接種代を明記、レシート不可

2.被扶養者

②「インフルエンザ予防接種　補助金申請書」(被扶養者用)（別紙2）

要）医療機関証明。証明がない場合、領収書（原本）(※)添付

(※)インフルエンザ予防接種代を明記、レシート不可

様式⑧

接種期限　令和5年12月31日(日)

申請期限　令和6年1月31日(水)

インフルエンザ予防接種 実施証明書(被保険者用)

1. **必ず、医療機関証明欄に記入のうえ**、健保事務担当者に提出して下さい。医療機関証明がない場合は、インフルエンザ予防接種代明記の領収書の添付が必要です。

2. 対象者は、**被保険者**です。
ただし、市町村の助成対象者(65歳以上等)は健保補助対象外です。

被保険者記入欄	被保険者証記号・番号	－	被保険者住所	
	事業所名		被保険者氏名	

医療機関証明欄	予防接種受診者		接種日	領収額	市町村公費助成(※)
	氏名		年　月　日	円	有 ・ 無

(※)市町村から公費助成がある場合は「有」、全額自費の場合は「無」に〇をつけて下さい。

上記のとおり予防接種を実施したことを証明いたします。

令和　年　月　日

所 在 地

医療機関名　印

茨城県農協健康保険組合

様式⑨

申請期限　令和6年3月29日(金)

健保事務担当者氏名	

インフルエンザ予防接種 補助金申請書(被扶養者用)

1. この申請書は、1世帯ごとです。**必ず、医療機関証明欄に記入のうえ**、健保事務担当者に提出して下さい。
ただし、**医療機関の証明がない場合は、インフルエンザ予防接種代明記の領収書の添付**が必要です。

2. 2回接種の場合は、**2回接種後**に申請して下さい。

3. 補助対象者は、**令和6年4月1日現在18歳以下で、接種時満1歳以上**の被扶養者。
ただし、**市町村の助成がある場合は健保補助の対象外**です。例えば、市町村の助成が1回接種のみの場合は、2回目のみ当健保が助成します。

被保険者記入欄

被保険者証記号・番号	−	被保険者住所	
事業所名		被保険者氏名	

予防接種を受けた被扶養者　　医療機関の証明がない場合は、記入して下さい。↓

氏名	H・R　年　月　日生	歳	続柄		接種	1回目	月　日	公費助成:有・無
						2回目	月　日	公費助成:有・無
氏名	H・R　年　月　日生	歳	続柄		接種	1回目	月　日	公費助成:有・無
						2回目	月　日	公費助成:有・無
氏名	H・R　年　月　日生	歳	続柄		接種	1回目	月　日	公費助成:有・無
						2回目	月　日	公費助成:有・無
氏名	H・R　年　月　日生	歳	続柄		接種	1回目	月　日	公費助成:有・無
						2回目	月　日	公費助成:有・無

実施医療機関	名称	所在地

令和　　年　　月　　日　上記のとおり申請いたします。　茨城県農協健康保険組合 理事長 殿

補助金振込先	健保組合に登録した口座に振込します。 → マイナポータル等で事前登録した公金受取口座ではありません。

医療機関証明欄

予防接種者	接種回数	領収額	市町村公費助成(※)	補助額(健保記入欄)
氏名	1回目		有 ・ 無	円
	2回目		有 ・ 無	円
氏名	1回目		有 ・ 無	円
	2回目		有 ・ 無	円
氏名	1回目		有 ・ 無	円
	2回目		有 ・ 無	円
氏名	1回目		有 ・ 無	円
	2回目		有 ・ 無	円

(※)市町村から公費助成がある場合は「有」、全額自費の場合は「無」に〇をつけて下さい。

令和　　年　　月　　日　　上記のとおり予防接種を実施したことを証明いたします。

医療機関の 住所
名称

印

茨城県農協健康保険組合

受付印