

インフルエンザ補助金申請時の注意

提出前に必ず、以下をご確認ください

- ①領収書は原本であること *コピーは一切不可
- ②領収書の宛名は、接種者名(フルネーム)であること
- ③領収書に「インフルエンザ予防接種代として」と明記があること
※「予防接種」のみの領収書は受付不可
- ④領収書をのりやセロテープで申請書に貼らないこと

例① 以下のタイプの領収書の場合、①～⑤をご確認ください。

check!
領収書に不備があると受付できません。
①～⑤が記載されているか必ず確認してください

※1人1枚、領収書(本通)が必要です。
(レシート・領収書のみは不可)
※家族分として1枚にまとまっている場合は、必ず接種者全員の名前と1人分の金額を領収書に記入してください。

会社名不可

① 接種者名(フルネームで)

② 接種年月日(和暦、西暦いずれも可)

③ 支払った接種費用額

④ インフルエンザ予防接種費用にかかる領収書である旨の記載があること(他の名称や記載なき場合は受理できません。記載無き場合は明細書も一緒に添付下さい。)

⑤ 医療機関名

要注意

忘れず!

領収書
ミライト 太郎 様
¥3,000-(税込)
但し、インフルエンザ予防接種代金として
〇〇〇〇病院
東京都〇〇区〇〇町〇-〇〇〇

例② 以下のタイプの領収書の場合、1～5の記載があるかご確認ください。

領収証

発行日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

氏名 ミライト 太郎 様

5.接種年月日

保険	初・再診料	1.接種者氏名(フルネーム) (社名・健保名は不可)			検査	薬		
	点	点	点	点	点	点	点	点
	注射				手術	麻酔	放射線治療	
	点	点	点	点	点	点	点	点
保険外負担	病理診断	DPC	食事療養					
	点	点	点	点				
	文書料	インフルエンザ	その他	保険	保険外負担			
	円	3,580 円	円		3,580 円			
				請求額合計	領収額合計			
				円	3,580 円			

2.「インフルエンザ予防接種」である旨

3.医療機関名
4.医療機関の領収印

〒〇〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇クリニック
TEL00-0000-0000

印

「インフルエンザ予防接種代」と記入されていない場合

- ①領収書のほか、「インフルエンザ」と記載のある「診療明細書」も併せて提出してください。

診療明細書			令和〇年〇月〇日	
患者番号	氏名		診療期間	
		様	令和〇年〇月〇日～〇日	
区分	診療明細	点数(点)	回数(日数)	金額(円)
自費	*		1	0
	*		1	0
	* インフルエンザ注射 (診察料含む)		1	3,000

- ②「診療明細書」が無い場合や、「予防接種」のみの記載の場合は、手書きで「インフルエンザ予防接種代」と記入の上、認印をもらってください。

0点	0点	0点	0点	0点	0点	0点
理診断	診断群分類(DPC)	食事療養	生活療養			
0点	0点	0円	0円			

※・予定療養	その他		保険	保険 (食事・生活)	保険外負担
	予防接種		合計	円	円 3,000円
	(内訳)		負担額	円	円
			領収額 合計		3,000円

※診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

インフルエンザ
予防接種代として 印

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇 〇〇

領収印

病院で手書きしてもらい、認印をもらってください

複数人分まとめた領収書の場合

領収書の但し書きに「接種者毎の費用内訳」を記入してもらってください。

領収書の例(手書き)

領収書		〇〇年〇月〇日	③接種日
ミラ介太郎 様			
①接種者氏名			
②接種費用	¥6,000-		
④インフルエンザ予防接種代とわかる表示	但し インフルエンザ予防接種代金として (例: Aさん3,000円 Bさん3,000円)	〇〇病院	⑤医療機関の名称

〈インフルエンザ予防接種補助金申請の注意点〉

- 補助金支給対象者は、接種日までに健保組合に加入（ご家族は扶養に入っている）ことが条件となります。
- 期間内に接種してください。期間外の接種に対し、補助金は支給できません。
【接種期間】 当年10月1日～翌年2月末日
- お子様で2回接種した場合、**1回目の接種が3,000円に満たない場合でも補助金の対象は1回分のみです。**
領収書を2枚添付しても1回目の実費分のみの支給となります。
合算はできません
- 領収書について（添付の記入例見本をご参考ください）
原本の提出をお願い致します。コピーでは申請不可です。
*領収書をのりやセロハンテープで申請書に貼らないでください！！クリップやホッチキスは可
- ①「インフルエンザ予防接種代として」と明記があるもの
明記されていない場合
→病院窓口にて手書きしてもらい認印をもらう
または
→「診療明細書」を添付
- ②宛名は接種者名記載のもので一人ずつ発行（宛名の記載がないものは受付できません）
 - ・接種者名（フルネーム）記載の領収書（※会社名や健保名ではなく個人名記載のもの）
 - ・原則1人1枚ずつ発行。
※複数人分の合計額がまとめて記入された場合、病院窓口にて各名前（フルネーム）と金額を記入してもらってください。
- 申請期限を厳守してください。
期限を過ぎた場合、補助金を支給できなくなりますので、接種されたら速やかにご申請下さい。
【申請期限】：翌年3月5日 ミライト・ワン健保必着

【お問い合わせ】

ミライト・ワン健康保険組合

〒135-8112

東京都江東区豊洲5-6-36 豊洲プライムスクエア7階

TEL：03-6807-3804

Mail：dkenpo@mirait-one.com

HP：https://www.miraitkenpo.or.jp/influenza/