



接種前のご注意



インフルエンザ予防接種補助金の概要

< 補 助 対 象 者 >	接種日にダイレクトマーケティングミックス健康保険組合の加入者である方 (任継被保険者及び同被扶養者も含む) ※ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合の保険証をお持ちでないご家族は補助対象外となりますのでご注意ください。
< 補 助 対 象 期 間 >	2024年10月1日(火)～2024年12月31日(火) ※本期間にインフルエンザ予防接種を受けたものが対象(期間外の申請は一切受け付けません)
< 補 助 金 申 請 期 限 >	2025年1月31日(金) 当健康保険組合必着
< 補 助 金 額 >	一人当たり1回のみ上限3,000円(上限に満たない場合は実費を補助) ※医師の指導等により複数回予防接種を受けた場合でも、上限金額は変わりません。

申請手続き

- ① 健保HPの「各種申請用紙」から「インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書」を印刷してください。
- ② インフルエンザ予防接種を受けた後は、医療機関から必ず「領収書」を受け取ってください。
- ③ 「申請書」に記入・捺印のうえ、「領収書」**原本**を申請書の裏面に糊付けし、当組合に郵送してください。
- ④ 「申請書」に記入いただいた指定口座に補助金が振り込まれます。

《手続きの際の留意事項》

- ・医療機関に所定の領収書が無い場合は、表面の「領収書」欄を医療機関にて記入していただいても申請できます。
- ・世帯申請の際は全員まとめて一括で申請をお願いします
- ・期限をすぎたものは無効とみなします。

領収書の注意点

①	領 収 証	②
健保 太郎 様		令和〇〇年〇月〇日
④ ¥3,500		
⑤	但 インフルエンザ予防接種代として 上記正領収いたしました	
大阪市〇〇区〇〇町1-1-1 〇〇医院 医院長 組合 太郎		③ ⑥ 印

領収証例

- ① 接種者の個人名(フルネーム)
※会社名は不可!!
- ② 接種年月日
- ③ 医療機関の住所・名称・領収印
- ④ 接種費用(内訳)
- ⑤ インフルエンザの予防接種代を示す記載
- ⑥ 領収印

- ・同型でなくて結構です。必須項目をご確認ください。
- ・領収証1枚あたりに複数名分が含まれる場合は、接種者ごとに氏名・接種費用の記載が必要になります。
- ・領収証と明細が分かれている場合は、両方貼付ください。(領収証は返却出来かねますので予めご了承ください)

「インフルエンザ予防接種代」と判別できない領収書の場合、補助の対象外となります。
領収書を受け取られたら、まず、「インフルエンザ予防接種代」の記載があるか確認してください。
記載がない場合は、医療機関の方に記入してもらうか、診療明細書がある場合は領収書と一緒に提出してください。