

インフルエンザ予防接種費用を助成します

今年度もインフルエンザ予防接種費用の一部を助成しますので、次の請求方法等をよく確認のうえ、申請してください。



MY HEALTH WEBによる
オンライン申請も
10月1日に開始しました！

※登録方法は15ページを
ご参照ください。

対象者 組合員および被扶養者（任意継続組合員は除きます。）

接種対象期間 令和7年10月1日～令和8年1月31日

助成金額 1人1回1,000円（1人複数回の助成が可能です。）

請求方法 当組合ホームページをご参照ください。



当組合受付締切日 令和8年2月28日

※書面申請の場合は、提出締切日を共済事務担当課へご確認ください。

送金方法 組合員の当組合登録口座に送金します。

個人宛送金通知書は交付しませんので、通帳等でご確認ください。

送金日 11月28日、12月26日、令和8年1月28日、令和8年2月27日、令和8年3月30日

※当組合で受け付けた月の翌月に送金します。



注意事項

請求するときは、
次の点に注意してください。

- 1 接種年月日・被接種者氏名・自己負担額・予防接種の種類が明記された医療機関発行の領収書（原本または所属所長の原本証明を付したコピー）が必要です。
※接種済証明書は領収書の代わりとなりません。
- 2 2人以上または2回以上の接種をまとめた領収書の場合は、被接種者各々の氏名・接種年月日・接種年月日ごとの自己負担額・予防接種の種類の明記が必要です。
- 3 領収書に記載不備等があり、領収書余白に追加で記載等を受けた場合は、医療機関の証明印が必要です。
- 4 居住市町村などからも助成を受けられるときは、その助成後の金額が1,000円以上の場合のみ当組合に請求してください。

被扶養者のいる組合員の方へ／

組合員分と被扶養者分の領収書を取りまとめて、組合員1人につき助成金請求書1枚となるよう、家族単位での請求にご協力をお願いします。

また、MY HEALTH WEBによる申請は、原則、年度内1回のみとなりますので、ご注意願います。

ご家族分を
おまとめください



お問い合わせ先

医療健康課（健康増進係） TEL 029-301-1413