

2026年度 インフルエンザ予防接種補助 希望申請書

インフルエンザ予防接種補助を希望する方は、Forms 又は、希望申請書を必ずご提出ください。

申請期間：9月1日（火）～9月14日（月）**健保必着**

対象者：2026年9月14日時点に従業員（被保険者）で、2027年1月支払の給与天引きが可能な方

提出先：幸田工場 健康保険組合 平下

接種方法：	工場接種 特別な理由（以下③参照）がない限り、工場接種を補助	接種時期：11月（日程は改めてご案内します） 接種場所：各工場 医療機関：三河安城クリニック 本人負担額：1,500円 支払い方法：2027年1月支払の給与から控除
	かかりつけ医で接種	健保 HP 内、補助金請求書に詳細記載予定（10月頃）

＜事前に必ず確認ください＞

① 次の事項に該当する方は、工場での接種ができません。

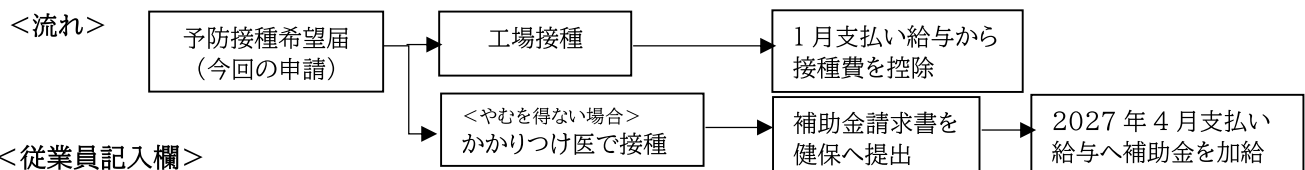
- ・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ・卵アレルギーのある方
- ・過去にインフルエンザワクチンの接種で、アナフィラキシーを起こしたことがある方
- ・接種当日の体温が37.5度以上の方および体調の悪い方

② 次の項目に該当する方は、接種を受ける前に医師と相談のうえ接種を受けてください。

- ・間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある方
- ・心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気を持つ方
- ・最近、1カ月以内に他のワクチン接種を受けられた方
- ・今までにけいれんを起こしたことがある方
- ・薬の投与又は食事（鶏卵・鶏肉など）でアレルギーを疑う異常が見られた方
- ・妊娠の可能性のある方

③ ①または②に該当し工場で接種ができない/できなかった方については、各自病院で接種し、別途健保 HP の補助金請求書（10月頃掲載予定）にて申請ください。

尚、接種希望の「氏名」「従業員番号」等、インフルエンザ予防接種時、および給与天引き処理に必要な情報を、事業所（フタバ産業株式会社）及び、医療機関へ連絡します。



従業員番号	氏名	所属部署（部署・課まで）
希望内容：1～3のいずれか1つに○をして、必要事項を記入ください。		
1. 勤務先工場で接種 勤務先 工場	2. 他工場で接種 理由（ 工場名 工場	3. かかりつけ医で接種 ※接種後に補助金請求書・領収書をご提出ください。