

2025年度 インフルエンザ予防接種費用補助のお知らせ

＜対象者＞ 被保険者（従業員本人）
（フタバ健保の被保険者で、2025年8月20日現在かつ接種時に在籍している方）
（任意継続の方は対象外）

＜対象期間＞ 2025年10月1日～2026年1月31日

＜補助金額＞ 対象期間内で1回接種分のみ、**対象者1人につき1,360円（上限）**補助
ただし、接種料金が2,860円を下回る場合には、接種料金から1,500円差し引いた金額を補助します。
※海外出向者の為替レートは、海外給与計算に適用される為替レートを使用します。

＜補助方法＞ 接種後、領収書を添付した、「補助金請求書」を健康保険組合へ提出してください。
2026年4月振込の給与に加給して支給します。

＜提出締切＞ 2026年2月6日（金） 健康保険組合必着

領収書の注意事項

- ※1 「**インフルエンザ予防接種**」の領収書とわかること（保険外診療や予防接種という記載では不可）
- ※2 接種者（フルネーム）、接種日、1回分の接種金額が記載してあること
- ※3 **押印のないものは補助できません**
（書類に不備がある場合には補助できませんので、ご注意ください。）

＜問合せ先＞ フタバ産業健康保険組合 平下
Tel: 0564-62-9558（内線 615-452）

切り取り不要

フタバ産業健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種 補助金請求書 (被保険者用)

支給決定 伺	20 年 月 日
	常務理事 係

下記の通り、インフルエンザ予防接種補助金を請求いたします。

(枠内を記入)

記入年月日 20 年 月 日

被保険者証 記号 - 番号	—	所属工場	
社員番号		住所 〒	
被保険者 (従業員) 氏名	印		電話番号 ()
利用者氏名		利用した医療機関 接種年月日	接種料金 健保補助額 (1人1回上限1,360円)
被保険者本人		(医療機関) (接種日) 20 年 月 日	円 円
(工場で接種できなかった理由) 例: 海外出向中、休職中など			