

令和7年度インフルエンザワクチン接種事業実施要綱

1. インフルエンザワクチン接種事業

(1) 目的

被保険者の健康保持増進のため、上野健康管理センター及び組合指定医療機関幸楽メディカルクリニックでインフルエンザワクチン接種事業を行う。

(2) 対象者及び制限

接種時に65歳未満の被保険者
年度内1回のみ

(3) 利用場所及び利用日

①上野健康管理センター

月～金曜日の午後1時～午後3時（但し、第2・第4月曜日及び祝日は除く）

②組合指定医療機関幸楽メディカルクリニック

月～金曜日の午後1時～午後3時（但し、第1月曜日・第3木曜日及び祝日は除く）

利用日詳細は別紙令和7年度接種利用日予定表参照

(4) 利用料金

1,000円

利用後、一括して事業所宛に請求します。なお、任意継続被保険者は、振込用紙で事前にお振込みください。

(5) 申込期間

令和7年7月1日～令和7年7月31日

(6) 申込方法

インフルエンザワクチン接種利用申込書（事業所用・任継用）に記入のうえ、当健保組合に提出してください。

※申込書は当健保組合のホームページからもダウンロードできます。

(7) 注意事項

①申込期間を厳守していただき、円滑な事業実施にご協力ください。

②アレルギーのある方や体調が良くない方など、利用当日医師の判断により接種できないことがあります。

③上野健康管理センター及び組合指定医療機関幸楽メディカルクリニックでの利用については、1日の利用者に制限があるので、状況により日程の変更やお断りをすることもあります。

④被扶養者は、上野健康管理センター及び組合指定医療機関幸楽メディカルクリニックでの接種は受けられませんのでご了承ください。

⑤妊娠中または妊娠している可能性のある方はインフルエンザワクチン接種を受けられませんので、かかりつけの医療機関等で接種してください。

2. インフルエンザワクチン接種補助金事業

(1) 目的

被保険者及び被扶養者の健康保持増進のため、上野健康管理センター及び組合指定医療機関幸楽メディカルクリニック以外でインフルエンザワクチン接種を受けた場合、これに要した費用の一部を補助する事業を行う。

(2) 対象者及び制限

接種時に65歳未満で、令和7年9月1日から令和7年12月31日までの間にインフルエンザワクチン接種を受けた被保険者及び被扶養者
年度内1回のみ

※厚生労働省承認・第一三共(株)製造のフルミスト点鼻液も対象
(対象年齢：2歳以上19歳未満)

(3) 補助金額

1,000円

ただし、接種に要した費用(税込)が1,000円未満の場合は、その金額

(4) 申請期間

令和7年9月1日～令和8年1月31日

(5) 申請方法

必要書類(下記に記載)を確認のうえ、当健保組合に提出してください。

- インフルエンザワクチン接種補助金支給申請書(事業所用・任継用)
- 接種者名簿
- 領収書(写し可)もしくは接種に要した費用が確認できる書類(請求書と振込明細書等)
- 領収書の他に「医療費明細書」が発行された場合はそちらも提出してください
(医療費明細書のみの提出の場合は領収書の提出があったとみなされませんのでご注意ください)。

※申請書は当健保組合のホームページからもダウンロードできます。

※領収書は接種者の名前・金額・インフルエンザワクチン接種の費用であることが明記されているものを、A4サイズに揃えて提出してください。

(6) 注意事項

- ①申請期間を厳守していただき、円滑な事業実施にご協力ください。
- ②インフルエンザワクチンを2回以上接種した場合でも、補助金支給対象は年度内1回のみとなりますのでご了承ください。
- ③30名以上の申請の場合、可能な限り接種者名簿を磁気媒体(CD等)で提出いただきますようご協力をお願いします。作成方法等については補助金担当までご連絡ください。

【送付及び問い合わせ先】

〒110-8611 東京都台東区東上野 2-25-8

東京都食品健康保険組合

健康管理課

電話 03-3833-5192

(接種に関する問い合わせ)

補助金担当

電話 03-3833-5193

(補助金に関する問い合わせ)