

インフルエンザ予防接種費用の補助のご案内



今年度もインフルエンザ予防接種費用の補助を行いますので、発症・重症化予防にお役立てください。

対 象 者 接種当日、当健保組合の資格をお持ちの被保険者および被扶養者

補助金額 2,000円を上限に実費補助（期間内1名につき1回）

※薬事承認済フルミスト点鼻液も補助金の対象になります。

下記1・2のいずれかの方法で実施してください。

1 東振協が提携している全国の医療機関で接種

実 施 場 所： 全国約3,600カ所の医療機関

実 施 期 間： 令和7年10月1日～令和8年3月31日

自己負担額： 各医療機関の接種金額から補助金額2,000円を差し引いた額

※接種金額は医療機関ごとに異なりますので、東振協ホームページにてご確認ください。

実 施 方 法： ①東振協ホームページより希望の医療機関を選択し、事前確認（申込・予約等）後、利用券を発行してください。

②接種当日は、被保険者証等および利用券をご持参ください。

③会計時に、補助金額2,000円を差し引いた自己負担額をお支払いください。（その後の手続きは不要です）

そ の 他： フルミスト点鼻液の接種につきましては、一部の医療機関での対応となりますので、事前に料金等のご確認をお願いいたします。

東振協 HP はこちら ▶▶



2 最寄りの医療機関等で接種

実 施 期 間： 令和8年3月31日まで

実 施 方 法： 接種後、費用を窓口で全額支払い、領収書を受取ってください。

※領収書に「接種者氏名」「接種年月日」「インフルエンザ予防接種代」「医療機関名」「領収印」の記載等が必要になります。

請 求 方 法： 「インフルエンザ予防接種補助金交付申請書」に必要事項をご記入いただき領収書（原本）を添付のうえ、当健保組合へご提出ください。

※領収書は返却いたしませんので、返却をご希望の方は「領収書返却願い」を添付してください。

※各種様式につきましては、当健保組合ホームページよりダウンロードしてください。

請 求 期 限： 令和8年4月30日必着

当健保組合 HP はこちら ▶▶



【注意事項】

※13歳未満の方が1回2,000円未満で2回接種される場合は、2回分をまとめて「2 最寄りの医療機関等で接種」の方法で当健保組合に請求してください。

※複数回補助を受けたり、資格喪失後に接種された場合は補助金を後日、返還していただきます。

お問い合わせ先 保健事業課 TEL 03-3862-6851