

2025 年度インフルエンザ予防接種費用補助申請について

当健康保険組合に被扶養者（家族）として加入されている方を対象に、インフルエンザ予防接種費用の補助を行います。

他の補助制度との併用を可能としますが、他の補助を受けられる場合は、その補助額を差し引いた後の実費額を当健保の補助対象額とします。

申請を希望される場合は、以下の実施要領を必ずご確認の上、締切日までに必要書類をご提出下さい。

■ 補助内容

1. 接種期間 **2025 年 10 月 1 日（水）～ 2025 年 12 月 31 日（水）**
2. 申請締切 **2026 年 1 月 9 日（金） ※当健康保険組合必着**
3. 補助対象者 接種日当日、当健康保険組合に加入している被扶養者（家族）
4. 補助額 1 人につき 1 回のみ、2,000 円を上限とした実費額
ただし、13 歳未満で 2 回接種した方は、1 回につき 2,000 円を上限とした実費額を
2 回分補助します。
5. 支払方法 被保険者所属会社経由にて支給

■ 提出書類

1. インフルエンザ予防接種補助金申請書（被扶養者申請用）

2. 領収書原本

＜領収書の注意点＞

- 必要事項が 1 つでも記載されていない場合、受付できません。
(インフルエンザ予防接種費用であることがわかる但し書きの記載漏れが多くありますのでご注意ください。)
- 複数名分の合計額が記載されている場合は、医療機関発行の明細書等を添付いただくか、領収書に内訳として、接種者名と 1 人あたりの金額を領収書発行者に記入してもらって下さい。
- 2 回接種し、2 回分の合計額が記載されている場合は、医療機関発行の明細書等を添付いただくか、領収書に内訳として 1 回あたりの金額を領収書発行者に記入してもらって下さい。

～被扶養者（家族）～

【領収書必要記載事項】

- ① 接種日
- ② 接種者氏名（フルネーム）
- ③ 接種費用額
- ④ インフルエンザ予防接種費用であることが確認できる但し書き
- ⑤ 領収書発行元の医療機関名

<例>

領 収 書	
2025年12月1日	①接種年月日
空野 花子 様	②接種者名（フルネームで）
¥ 4, 0 0 0 -	③支払った接種費用額
但し、インフルエンザ予防接種代金として	④インフルエンザ予防接種費用にかかる領収書 である旨の記載があること ※他の名称や記載無き場合は受付できません
〇〇〇〇病院 東京都大田区△△△町1-1-1	⑤医療機関名

■ 注意事項

- 申請書の記載漏れ、領収書の不備等がある場合は、受付できません。内容をご確認の上、提出して下さい。
- 他の補助制度との併用を可能としますが、他の補助を受けられる場合は、その補助額を差し引いた後の実費額を当健保の補助対象額とします。
- 領収書原本は、返却はできません。

～被扶養者（家族）～

■書類提出先

＜社用メール便で送付の場合＞

羽田/HND T1 「ANA グループ健康保険組合 インフルエンザ事務局」宛

＜郵送の場合＞

〒144-0041 東京都大田区羽田空港 3-3-2 第一旅客ターミナルビル
「ANA グループ健康保険組合 インフルエンザ事務局」宛

■お問い合わせ先

ANA グループ健康保険組合	電 話	: 03-5757-3509（平日 11 時～12 時、13 時～15 時）
	e-mail	: anagkenpo@anaas.ana-g.com