インフルエンザ予防接種補助金申請方法 (1/5)

1. ~申請の前に~

補助対象者	プルデンシャル健康保険組合の被保険者及び被扶養者 (接種日当日にプルデンシャル健康保険組合の組合員であること)					
補助対象期間	対象年度10月1日から12月31日接種分					
補助回数	本人と世帯をあわせて1回のみ。 家族分、2回目接種分も一度にまとめて申請してください。					
補助金限度額	1人あたり税込3,000円を上限とした実費。 医師の指導で2回以上接種した場合は、合算して1人あたり上限3,000円まで。					
申請期限	予防接種日翌年の1月20日まで(非営業日の場合は翌営業日) 領収書郵送の場合は、書類の健保必着日を予防接種日翌年の1月20日(非営業日の場合は 翌営業日)とします。					
申請方法	「MY HEALTH WEB」より申請情報を登録後、①②のいずれかの方法で領収書を提出。 ①「領収書画像データ」をアップロードする。(領収書原本の提出は不要) ②「領収書原本」を送付。(情報登録後に専用貼付台紙が出力できます。)					
	②を選択し領収書を郵送する場合は、個人情報流出を防ぐため簡易書留をご利用ください。 郵送にかかる費用等は、恐れ入りますがご負担いただけますようお願いいたします。					
申請書類の提出先	〒100-0014 東京都千代田区永田町2-13-10 プルデンシャルタワー7F プルデンシャル健康保険組合					
その他	※厚生労働省が承認したフルミスト(第一三共が製造・2~19歳未満が対象)につきまして は対象となりますが、未承認のフルミストにつきましては対象外となります。未承認のワクチンの場合、 万が一副作用が起きても予防接種法の救済制度の対象外となるためです。フルミストワクチンの詳 細につきましては、接種される医療機関へお問い合わせください。 ※未就学児や医師の指導により複数回接種された方は、直近の接種日と合算の窓口負担費用 を入力し、備考欄に接種回数をご登録ください。					
注意事項	 ※領収書は、以下の項目がすべて明記されているか確認してください。 ①接種者氏名(宛名:接種した本人の個人名義になっていること) ②接種日 ③接種費用 ④「インフルエンザ予防接種」の明記 (または「インフルエンザ予防接種」と記載のある「診療報酬明細書」を一緒に提出) ⑤医療機関名/医療機関領収印または医療機関担当者の印(押印省略の場合は不要) ⑥複数人分をまとめて1枚で発行している場合は、医療機関に接種者ひとりひとりの「氏名」と「金額」の追記を依頼してください。 ※申請した領収書を、医療費控除や自治体の助成金申請に利用することはできません。 ※画像をアップロードした場合は原本を健保へ送付する必要はありませんが、再度確認が必要となる場合がありますので、補助金が支給されるまでは必ずお手元で保管してください。 					

インフルエンザ予防接種補助金申請方法(2/5)

ブルデンシャル健康保護



MY HEALTH

①プルデンシャル健康保険組合のホームページにアクセスし、「MY HEALTH WEB」をクリックし、」ログインする。 スマホアプリご利用の方は、アプリを起動してください。 ※インフルエンザ接種費用補助金を「領収書画像アップロード」で申請される場合は、スマホアプリの登録が便利です。 (社内PC等、環境によっては画像アップロードができない可能性がありま すので、スマホからの申請をおすすめいたします。)



アプリアイコン 保険者コード:06130934

【スマホアプリ登録方法】

お使いのスマホから以下のQRコードを読み取り、アプリを登録してください。

▼MY HEALTH WEBアプリのダウンロードはこちら▼



Android版 Google Play で手に入れよう



②バナー画面「インフルエンザ予防接種補助金申請」をクリック。

※MYメール・・・申請後、「受付」「承認」「却下」メールが届きます。 「却下」の場合は再申請が必要ですのでご注意ください。

ログインIDは保険証券行番号です

プルデンシャル健康保険組合の敏保険者及び被決策者 (使種日当日にプルデンシャル健康保険組合の組合員であること)					
2021年10月1日から2021年12月31日接種分					
世帯で1回のみ申請可 (家院分、2回回接種分号も一度にまとめて申請してください。)					
1人本たり税込3,000円を上限とした実費。 (医師の指導で複数回接種の場合は、合置して税込上服3,000円まで)					
2022年1月20日申請まで 領収量原本等置項送付の場合は、2022年1月20日を置用約百日とします。					
の高利益 2008年3月1日後日、ごといすいかの方にても簡単的にする。 での高利益 2008年3月1日後日、ごというい に向かる日本のから、「「「「「「」」」」」 にののことの目的のでの「」」 にののことの目的のでの「」」 にののことの目的のでの一 にののことの目的のでの一 にののことの目的のでの一 にののことの目的のでの一 にののことの目的のでの一 にののことの目的のでの一 にののことの目的のでの一 にののことの目的のでの にののこ にののこ にののこ にのの にのの					
〒100-0014 第2回町千年山田久永田72-13-10 プルデンシャルダブーア ブルデンシャル増加保保機器 を制成の場合は、RVや和人保保保護の構造より回路書舗目巻の二年時をお出めい たします。GBA、単成にたから考測等は、沿り入りますがご発出いただけますよう 2週にいたこます。					
経典ワクチン等の国内未承認ワクチンは、補助の対象外です。					
未就学児や、医師の指導により複数回接種された方は、直近の想種日と含葉の夜口 負担費用を入力し、備考欄に接種回数をご登録ください。					
(Edu)、 物面にの出版で10000です) (オ. (ARE(す)、 0.00000000月97日には17、(第2時の単面はでれぞ 1) (名形があります。(10)・単面は(10)・単単柄の単面はでれぞ 1) (名形があります。(10)・単面は(10)・単単柄の単面は(20)、第					

③インフルエンザ予防接種補助金申請に関する説明ページが表示されます。申請方法をよく読んで確認していただいたうえで、下部の【誓約】欄の内容にチェックをお願いします。

【誓約】欄の全ての項目をご確認いただき、チェックの上、「申請画面へ」 をクリックしてください。

【注意】

※申請回数は、本人と世帯を合わせて1回のみです。 追加申請の受付はできません。 申請入力の際、ご家族分(2回以上の複数接種分含む) をすべてまとめて、1回でご申請いただくようご注意ください。

※<u>申請した領収書を、医療費控除や自治体の助成金申請に利用する</u> <u>ことはできません。</u>

インフルエンザ予防接種補助金申請方法(3/5)

STEP1 申請看消報人刀 被保険者様ご本人の情報をご入力ください。	4
申請日	2021/09/14
保険証記号・番号	9999991 - 9999991
被保険者名	法研 太郎
被保険者名(力ナ)	ホウケン タロウ
その他達施先電話番号	08012345578 入力病(ハイフンは半発音): 08012345578 (参 馬客 〇 日宅 〇 会社
メールアドレス	abc@example.com 入力例(半角反動字): abc@example.com

④STEP1 申請者情報入力

・被保険者名:氏名に間違いがないか確認してください。

・その他連絡先電話番号:日中連絡のつく連絡先を入力し てください。 【必須】

※不備連絡等、日中に健保から連絡の取れる電話番号を入力してください。

・メールアドレス:社用アドレスが表示されています。 ※別アドレスをご希望の場合は、変更入力が可能です。



画像をアップロードする場合 (スマホアプリ推奨)

STEP3 申請者情報入力

- (1)「アップロード」を選択
- (3)「接種日」「窓口負担額/領収書金額」を入力 (2回以上接種の場合は「備考」に回数を入力する)
- (4) 「添付書類」内容を確認し、不備がなければ 「ファイルを選択」から領収書画像を選択し、添付
- (5)「確認画面

郵送(原本を提出)する場合

⑤ STEP2 必要書類提出方法選択

「アップロード/郵送」のいずれかをクリック。

STEP3 申請者情報入力

- (1)「郵送」を選択
- (2)「接種者」ごとに「申請しない/申請する」を選択(2)「接種者」ごとに「申請しない/申請する」を選択

 アップロード: 領収書を撮影し、画像データをアップロードします。 ・郵送:領収書原本(紙)を専用台紙に貼付して提出します。

- (3)「接種日」「窓口負担額/領収書金額」を入力 (2回以上接種の場合は「備考」に回数を入力する)
- (4) 「確認画面へ」 をクリック

	ノノー	100		日回家の						
) Γ	確認画	i面/	ヽ」をクリック			-	STEP2 必要書類提出	防法		
						領切	君の提出方法をご選択くた	ださい。		
	STEP2 必要書	類提出	方法				必要書類提出方法	アップロード 新 芝	ה	
領収	書の提出方法をご	選択くた	さい。							
	必要書類提出方法		アップロード 第33							
申請	STEP3 補助す する補助対象者に	対象者情 こついて、	報入力 必要事項をご入力ください。			申詞	STEP3 補助対象者情	青報入力 必要事項をご入力ください。	1	
	中語		申請しない 申請する				申請	申請する		
	氏名		法研 太郎	氏名(カナ)	ホウケン タロウ		氏名	法研 太郎	氏名(力ナ)	ホウケン タロウ
	112.331			生年月日	1980/01/01		11570		生年月日	1980/01/01
	接種日	86	入力例:2021年6月1日の場合:2021/06/01 (全て半角)				接種日	入力例:2021年6月1日の場合:2021/06/01 (全て半角)		
	窓口負担額 (領収書金額)	88			PI III		窓口負担額 (領収書金額) 🔗 🔊			Ħ
	備考						備考			
			ファイルを選択してください。 - アナイルを選択してくたさい。 - ####5K (作る:##したよんの私と気になっていること) - ###13					補助金申請TOPへ	確認画面へ	
			 ・接機費用 ・「インフルエンザ予防接種」の時記(または「インフルエンザ予防接種」と記載のある「診療報勤時報書」) 							
	藻付書類	61	・変要地域を「水準地域化」のまたは変要地域的当後のの ※要応したまたので利けていた場合の中心は、現準地域 や場合した成合を、整要加減から目かれたが構成した。 にのかられてなきまた。 にのかられていた。 にののかられていた。 にののかられていた。 にののかられていた。 にののののでのののののののののでののののの	に接続者ひとりひとりの氏名 ることはできません。 ただし再度確認が必要とな 20ます。 てください。 出いただきます。	と意範の道記を発展してください。 る場合がありますので、堪かねが		※画像をアッ 送付する必要 合があります。 呆管してくだる	プロードした場合は原 要はありませんが、再度 。補助金が支給される さい。	፤本を健保∧ 度確認が必 るまでは必す	、 要となる場 『お手元で
			補助金申請TOPへ	薙認画面へ					※画面はサご	ンプルです。

インフルエンザ予防接種補助金申請方法(4/5)

⑥STEP3 申請者情報入力

入力内容確認画面が表示されます。

申請内容(申請者/接種日/自己負担額)に間違いがないか確認し、「申請する」をクリック。

<u>∎</u> (i像をアップ (スマホア)	プロート プリ推奨	[×] する場合 ^{そ)}			郵送(原本を提出	出)する場合			
						インフルエンザ予防接種補助金申請				
	STEP1 申請者情報入	<i>.1</i>			-					
					_ *	STEP1 申請者情報入力				
	申請日		2021/09/14			中語日 保険調220年、動作	2021/09/14 9999991 - 9999991			
	保険証記号·番号		9999991 - 9999991			被保険者名	波研 太郎			
	被保険者名		法研 太郎			被保険者名(カナ)	ホウケン タロウ 0359066155 会社			
	被保険者名(カナ)		ホウケン タロウ			メールアドレス				
	その他連絡先電話番号	86	0335196500 会社			STEP2 必要患類提出方法				
	X-1.78L7					必要責頼提出方法	86102			
	STEP2 改要患暂坦出	54				STEP3 補助列級省情報人力				
		(7) /A				15名 法研 太郎	馬毛(カナ) ホウケン タロウ			
	必要書類提出方法		アップロード			性別 女 2021/09/10	生年月日 1980/01/01			
						KIII (知识はない) S000 円				
	STEP3 補助対象者情	報入力				68.92				
	中語	申請する			31	主意事項				
	医名	法研 太郎	氏名(力ナ)	ホウケン タロウ		申請は年度につき世帯1回限りです。申請書) ご変施分の申請還れがないか申請前に再席ご	送付後の再申請はできません。 確認いただま、申請してください。			
	#94	4	****			申請する全員分について、提出方法は①アッ	プロードの頻送のいずれかに統一してください。			
1	12.07	*	土 年月日	x20/01/01			き圧する 中語する			
1	按權日	2021/09/05				⑦「缅収聿む社田				
1	窓口負担額(領収書金 額)	5000 円	6							
	(6 1)					よりPDFをタリンL	I-トし、印刷する。 🚺			
		No				インフルエンザ予防接種補助金申請				
			領収書	●●年10月20日		申請完了	•			
		法研 太郎	5 ₈₈			インフルエン1 最後に、p	f予防接種補助金申請の申請が充了しました。 X下STEP4にて領収書をご提出ください。			
							资何No. 2102000001			
	源付書類 🔤		¥ 5,000			※服会等のために受付Noをお扱えください。				
		但	, インフルエンザ接種費用 として		1.0	STEP4 領収書貼付用台紙ダウンロー	ĸ			
		NR.	THE REPORT OF A STREET OF				E IERRAR			
		NRC PRI 注意現象	111.0 BLC2*Coniat TEL + 600-806-9680	ED		※枚数が多い場合は、上側にのり付けし、重 ※できるだけ金額や名前など、必要部分が重	ねて貼り付けてください。 ならないよう貼付してください。			
						※貼り切れない場合は、裏面またはA4日前を ※郵送の際は個人情報流出を防ぐため、簡易 ただけますようお願いいたします。	こ利用ください。 書簡のご利用をお勧めいたします。郵送にかかる費用等は、恐れ入りますがご負担い			
计算	\$ TA					#382/46日:2022年1月20日48年6月日年				
注息	р4 <u>д</u>					領収書送付方法:「領収書貼付用台紙ダウン」	申請者・申収責後出方法 コード」よりPDFファイルをA4サイズで印刷し、申請者全員の様収書原本を貼付し			
中に	请は牛度につき世帯1回限! 家族分の申請漏れがないか	りです。 中請f)再申請はできません。 ただき、申請してください。			て、下記提出先までご透付ください。 構出先				
#	請する全員分について、提	±7	ド②郵送のいずれかに統一し	してください.		〒100-0014 東京都千代田区永田町2-13-10 ブルデンシ ブルテンシャル建築保険組合	マルタワーフド			
				della bar			$\overline{7}$			
			2	甲語9 る			MPUBLAT STREPS AP 2 VID			
							4			
	瓴収書面像	をはて トとり	につき複数枚の	<u> </u>	被保	険者自署				
	山 尼で9。									
	できるだけ明	目るい場F	所で、真上から	、ビントを合わせ		インフルエンザ予防接種補助金申	请 領収書貼付用台紙			
	て全体を撮	影してくす	ぎさい。			其 (自署)	インフルエンザス防掠領婦地会由等 朝伊書吐け用ム紙			
							(検証記号・番号 9999991-9999991) 2001000003-01			
					E	中請書作成日 2020/09/02 相助に利用。第日 9999991-9999991	被保険者名 法研 太郎			
	画像	眼で必要	安部分	じさなかつに場合		中請者氏名 法研 太郎				
	は、原本のこ	ご提出を	お願いする場合	合があります。		中副有氏石(平列カナ) ホウテン タロウ 所属先電話番号				
	領収書原本	は支払	完了までお手	テに保管しておい		その他連絡先電記番号 メールアドレス	●●年10月20日			
	灰化ロバイ						法研 太郎 性			
	CVLCV10		»		[確認者 確認者 担当者 支給額 使休	¥ 5,000			
	画質サイス	よできる1	こけ大きい(3	MB以内)サイス		使用機	信し インフルエンザ法任費用 として			
1	で、画質の目	良い状態	でお送りいたな	ごけます様、ご協		to the de late lat	A12 Weight 1988,000 action(1989) act Bit254max Bit254max ED ED			
	カをお願い	いたしまで	t _			¥466-11111111111111111111111111111111111	T T T T T T T T T T T T T T T T T T T			
						被標年月日 第11負刑額 備者	¥ 5 000			
						-7	# 5,000 但し インフルエング接接費用 として			
							A2 100.000 addata4.			
							President water that indicate lines			
*	な数が多いt	また しょう しょう しょう しょう しょう しょう しょう しょう しょうしん しょうしん しょうしん しょうしん しょうしん しょうしょう しょうしょう しょう しょう しょう しょう しょう しょう し	上側にのり付け	1, 重ねて貼り付けて	ください。					
1							¥ 5,000			
		ф <u>т</u> ь <u>с</u>	± 1.5 1% - 5	ハ IN王			AN THE NEW ADDRESS OF A STREET			
(K010141 14K300 単元25-5560 目日 K125-106-566 日日 K125-106-566 日日									
1	枚に貼り切	れない場	合は、裏面ま	たはA4白紙をご利用	ください。					
							※台紙が足りない場合は別の紙を追加し、			
							領収書が重ならないようにしてください。			

3.申請内容の確認~再申請



⑨申請内容の詳細は、「申請内容」をクリックして確認します。



⑩「却下」の場合は、申請内容が却下されています。 再申請される場合は、不備内容を補完していただき、もう一度「申請画面」から申請をやり直してください。

補助対象	者	プルデンシャル健康保険組合の被保険者及び被決着者 (接種日当日にプルデンシャル健康保険組合の組合質であること)								
補助対象與	888	2020年10月1日から2020年12月31日接種分								
補助回要	t	本人と世帯をあわせて1回のみ。 専族分、2回目接種分もいちどにまとめて申請してください。								
補助金限度	EÉR	1人あたり脱込3,000円を上限とした実費。 ・医師の指導で2回以上接種した場合は、合算して上限3,000円まで。								
申請期限	t	2021年1月20日(月)まで 領収書郵送の場合は、書類の確保必着日:2021年1月20日(月)とします。								
申議方法	t.	本画面にて必要率に 収濃原本を動きてき、 (社内健がある場)、 半申請回数は本人ん ※増取団は、以下心 ・接種自 ・接種自 ・「インフルエン のある「診療機能例? ※ 「 な変換した」の ある「診療機能例? ※ 電数人分をまとは の氏名と全額の追	着をご記入の上、領現 「提出ください。 はは、社内要で確保に 均確的なりった約点 世部をあわせて1回 以確認がすべて明己さ な名:指催した本人のが 少が予防接種」の明証 料構動) 調動の調査の明正たに なった約合いている範疇 こを依頼してください	(書 (画像デー) こご送付いただに で、1世帯1回 のみです。 れているが細 国人名義になっ (または「イ) に意識機関担当 (書の場合は、[)。	9) をアップロード、 うます。) の申請をお願いしま 思してください。 ていること) ンフルエンザ予防接続 整の印 医療機関に接機者ひと	または19 す。 10 と記察 とりひとり				
申請書類の扱	出先	〒100-0014 東京都千代田区永田町2-13-10 プルデンシャルタワー7F プルデンシャル(建康保険組合								
備考・その	池	※典控スプレー式・ フルミストは日本 日本国内では、尾 合には「医薬品群 になります。 このため当組合での せていただきます。 ンフルエンザ予防	インフルエンザ生ワク には未承認のワクチン 生労働省の認可が下り 「用被害者救済制度」 り「フルミスト」の現 その他の厚生労働者 發種も対象外とします	クチン「フルミン 、です。 っていないワク: が利用できす、 の扱いにつき! 認可外薬品お。 「。	スト」等の取り扱いに チンのため、副反応が 基本的には自己責任 ましては補助金支給が よび日本国内以外です	こついて が生じた場 王での接相 対象外とさ 範胞したっ				
2回以上接種した	方の申請	未就学児等、医師の 算の窓口負担鎖を2	D指導で2回以上接種 し力し、備考欄に接利	した方を申請す 回数を記入し、	る場合は、直近の接 てください。	種日と合				
申請計	育みの内容	10	Фанал	ם						
	ASABOCR	被助封制者	支払日	通动全国						
	2020/10/25	法研 太郎	-	-	申請内容					
					and the second se					

【再申請時の注意点】

- ・再申請の際も、申請期日は1月20日(郵送の場合は 書類必着日)です。(非営業日の場合は翌営業日) 締め切りに間に合うようご申請ください。
- ・<u>領収書内容の不備の場合に、再度画像撮影または原本</u> <u>をご提出いただく場合があります。</u>
- ・領収書画像のアップロードを選択した場合も、補助金 が支給されるまでは、領収書原本は必ずお手元に保管 しておいてください。