2025/10/16

インフルエンザの予防接種の補助について

社員各位

株式会社エムシーエム

記

　社員の健康増進の一環として､今年度も全社員に対してインフルエンザ予防接種費用の一部補助を実施いたします。
　予防には“うがい・手洗い・マスクの着用”といった一般的な備えに加え、ワクチンの接種が効果的です。流行前に早めの接種を心がけましょう。

対象者
全社員を対象とします。

時期・接種方法
毎年 10 月～翌年 2 月接種分とします。

利用回数
年度内の 1 接種分が対象です。
※2 回以上接種した場合でも、1 回分のみを補助します。

補助金額
３，０００円を上限とした実費を補助します。
但し、補助対象の医療機関は**適格請求書発行事業者**の登録済み医療機関とし、レシートもしくは領収書に適格請求書発行事業者番号が記載されているものに限定します。

申請方法
次ページの申込書を記載して医療機関の領収書を添付して、月末の経費として申請して下さい。
※２月の経費精算時まで必着とします。

以上

令和７年度インフルエンザ予防接種費用補助申込書

申 請 者：　　印

接 種 日：　　年　　月　　日

接種費用：　　円

上記のとおり、申請いたします。

〈領収書添付〉

○この枠内に領収書を添付してください。
領収書（レシート及びコピー不可）は、下記の内容が明記されて
いるものを添付してください。
全ての条件を満たさないものは、補助の対象外となります。
１．接種を受けた者の氏名が記載されていること
２．インフルエンザ予防接種費用である事が記載されていること
３．記載金額は被保険者のインフルエンザ予防接種に係る費用のみが記載されていること
４．発行年月日が記載されていること
５．医療機関名・医療機関印が記載・押印されていること
＜補助対象内容＞年度内１回分のみで、10 月～2 月までの期間における接種分
＜補助額＞3,000 円を上限とした実費
（例：接種費用 4,000 円→補助額 3,000 円）
（ 接種費用 2,500 円→補助額 2,500 円）