

1 インフルエンザ予防接種助成申請書（個人用）を印刷する

※ 印刷環境がない方はさぽーとさっぽろ福利厚生課（電話011-221-3061）までご連絡ください。

申請用紙はこちら ※QRコードをタップ（クリック）すると様式のダウンロードが可能です。



2 申請用紙に必要事項を記入する

インフルエンザ予防接種助成申請書(個人用)		令和 6年 12月 10日
公益財団法人札幌市中小企業共済センター 宛		
企業番号	001311	会員番号
		00987654
企業名	(株)〇×共済センター	会員氏名
		福利 太郎
		日中連絡先 電話番号 (011) 221-3061
下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて助成金(クオカード)を申請します。		
記		
1 接種日	令和 6年 11月 25日	
2 医療機関名 (受診先)	札幌福利共済病院	
3 接種金額 (自己負担額)	会員本人負担額 : 3,500 円(税込)	
4 確認事項  右記内容を確認し、すべてに☑を入れること  ※☑が1つでも不足している申請書は受付しません	クオカードの送付について	
	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済	送付先:企業の登録住所宛てに郵送。個別対応は不可。 発送日:令和7年3月14日頃(申請日にかかわらず年度内1回のみ)
	領収書(写)について	
	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済	宛名は会員本人 捺印は令和6年 インフルエンザの ⇒ 領収書に「イン も一緒に添付する
	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済	医療機関名の記 か?
添付書類  ①～⑤の 記載必須	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>領収書の様式は問いませんが、右図の①～⑤の必須項目が記載されていないものは受付できません。</p> </div>	

**特に多い不備**  
**「4 確認事項」のチェック漏れ**  
**すべての項目について必ず内容を確認し、確認済みの☑を入れてください。** 1つでもチェック漏れがある場合には不備として書類一式を返却します。

3 領収書（写）を用意する

領収書について ①～⑤は必須事項です。

写しが一部のみであったり不鮮明なものは不可です。ご注意ください。

(別紙様式1) (領収書の例)

領 収 証

患者番号	氏 名				
		様	① 会員本人氏名（フルネーム） ② 接種日		
受診科	入・外	領収書No.	発 行 日	費 用 区 分	負 担 割 合
			年 月 日		
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査
	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	③ 「インフルエンザ予防接種」 である旨の記載 ④ 負担額		画像診断
	点	点			点
病理診断	診断群分類（DPC）			麻 酔	放射線治療
点	点			点	点
保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他			
	(内訳)	(内訳) <i>インフルエンザ</i>	保 険	保 険 (食事・生活)	保 険 外 負 担
			円	円	円
		合 計	負 担 額	領 収 額 合 計	
			円	円	円
			領 収 額 合 計		円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

⑤ 医療機関名と領収印

札幌市〇〇区〇〇 〇-〇-〇  
 〇〇〇病院 〇〇 〇〇 領収印

**特に多い不備：領収書に「インフルエンザ」の記載がない場合**

⇒ 以下のとおり、方法1か方法2で申請してください

(別紙様式1) (領収書の例) インフルエンザの記載がない場合

## 領 収 証

患者番号	氏 名	請求期間
	様	年 月 日

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			年 月 日				

保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他	予 防 接 種 の み で は 不 可 で す				
	(内訳)	(内訳) 予防接種					

保 険 外 負 担	評 価 療 養 ・ 選 定 療 養	そ の 他	保 険	保 険 (食 事 ・ 生 活)	保 険 外 負 担
			円	円	円
			円	円	円
			領収額 円		

↓ 医療機関による追記の例

**インフルエンザ予防接種代として**

**方法1**

**医療機関に追記してもらう**

領収印

**診療明細書(記載例)**

患者番号	氏名	〇〇 〇〇 様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科				

  

区分	項目名	点数	回数
自費	インフルエンザワクチン接種 1回		1

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇  
〇〇〇病院 〇〇 〇〇

**方法2**  
 インフルエンザの記載のある診療明細書等を領収書と一緒に提出する。(いずれか片方のみでは不可です)

診療明細書の他に  
 「高齢者インフルエンザ予防接種済証」なども可。  
 ※「氏名」「医療機関名」「インフルエンザ予防接種を受けた旨の記載」があることが要件です。

**4 申請用紙と添付書類を郵送し完了**

< 郵送先 >

〒060-0001 札幌市中央区北1条西2丁目 北海道経済センター6階  
 さぽーとさっぽろ福利厚生課「インフルエンザ申請」係

**5 審査 ⇒ 助成の決定**

随時、受付順に審査を行います。

不備があった場合、企業宛住所に書類一式を返却します。

**申請最終日切(2025/1/31)までに不備が解消されませんと、助成することはできません。**

**6 QUOカードの送付**

2025年3月14日頃に所属の企業宛住所に郵送します。

ご自宅あるいは他の事業所(出向先なども含む)宛てなど、個別対応はできません。