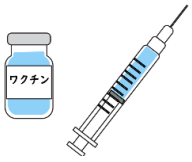
年金機構けんぽからのお知らせ　（第 691 号）8.10.28

令和 8 年度　インフルエンザ予防接種補助金申請について

令和 8 年度のインフルエンザ予防接種補助金申請について、お知らせいたします。
なお、Pep Upからの申請は受付開始しています。領収書画像の添付と簡単な入力で申請できますので、ぜひご利用ください。

1. 補助の内容	1　対象者　　被保険者、被扶養者及び任意継続被保険者 （接種日に当健保組合に加入している者） 2　接種期間　令和 8 年 10 月 1 日から令和 9 年 2 月 1 日 3　申請期間　【Pep Up】　令和 8 年 10 月 16 日から令和 9 年 3 月 1 日 【郵送】　　令和 8 年 11 月 1 日から令和 9 年 3 月 1 日（必着） 4　補助額　　1名あたり上限 3,000 円 ※補助は 1 回のみ
2. 申請方法	**インフルエンザ予防接種の代金を全額支払った場合に、WEB（Pep Up 経由）又は紙で申請ができます。なお、健保組合と契約している機関を利用した場合は申請不要です。**（別添 1 参照）
	（1）Pep Upから申請（別添 2 参照） 被保険者及び任意継続被保険者が Pep Upにログイン後、「各種申請」から手続きを行います。なお、被扶養者からの申請はできません。 ・接種された方の情報を入力、領収書を添付（全体を鮮明に写真を撮り、ファイル添付）して申請してください。※領収書原本の郵送は不要です。
	（2）紙での申請 別紙 1 から 3 いずれかの申請書に記入し、領収書（原本を別紙 4 に貼付）を添付して以下の宛て先へ送付してください。※領収書は返却いたしません。 ①【別紙 1】拠点で、インフルエンザ予防接種を実施した場合 ②【別紙 2】個別に医療機関等において、インフルエンザの予防接種を受けた場合 ※【別紙 3】は任継のみ使用可 **＜補助金申請書　送付先＞** **〒273-0032　千葉県船橋市葛飾町 2-341-3　サミットビル 6F** **（株）EOS ファーム内　年金機構けんぽ　インフルエンザ補助受付係**
3. 注意事項	昨年度は申請書に不備が多くありましたので、特に以下に注意してご対応をお願いします。 （1）健康保険記号番号 被保険者の記号番号は以下のものから確認ができますので必ず記入してください。 庶務担当者の方は、被保険者に確認してください。 ・マイナポータル　・資格情報のお知らせ　・Pep Up　・資格確認書 ・健保組合からの個人宛て各種通知 （2）氏名 健康保険の被保険者氏名を記入してください。職場で使用している旧姓、通称名は不可となります。

インフルエンザ予防接種を受けるにあたって、参考としてご覧ください。



＜予防接種の効果について＞

○一般的に、接種後 1～2 週間で抗体が作られ始め、1 か月程度でピークに達するとされ、4～5 か月持続します。

○接種すればインフルエンザに絶対にかからない、というものではありません。しかし、インフルエンザの発症を予防すること、発病後の重症化を予防することに関しては、一定の効果があるとされています。

なお、発熱など体調が悪い方は医師にご相談ください。
また、持病があり、主治医がいる方は事前にご相談ください。

細菌やウイルスにかかること（感染症）から自分を守るためには、手洗いはとても重要です。
正しい手洗いで感染症を予防しましょう！

1 水で手をぬらし、ハンドソープを取ります。手のひらをしっかりとこすり合わせて、十分に泡立てましょう
2 手の甲を伸ばすように洗います
3 指先・爪先の内側を洗います
4 指の間を洗います
5 親指をねじるように洗います
6 手首も洗います
洗った後は流水でよく洗い流しましょう

照　会　先	日本年金機構健康保険組合　　保健事業課 電話番号 03-5216-3222 ※お問い合わせは 12 時～13 時を除いた時間帯にお願いします。 （12 時～13 時は担当不在により回答できない場合があります。）
添 付 資 料	【別添 1】インフルエンザ予防接種補助申請方法等について 【別添 2】PepUp からの申請方法 【別紙 1】一括（拠点）申請用　インフルエンザ予防接種補助金申請書 【別紙 2】個別（被保険者）申請用　インフルエンザ予防接種補助金申請書 【別紙 3】任意継続被保険者申請用　インフルエンザ予防接種補助金申請書 【別紙 4】領収書貼付用紙 【別紙 5】「Pep Up 本人確認用コード」照会票
備　　考	

インフルエンザ予防接種
補助申請方法等について

当健保組合では、インフルエンザ感染予防、重症化予防、及び健康維持のため、加入者の皆様へ「インフルエンザ予防接種の補助」を実施いたします。

WEB（Pep Up）からの申請は 10 月 16 日より受付を開始しています。領収書画像の添付と簡単な入力で申請できますので、ぜひ利用ください。

申請受付は、令和９年３月１日までとなります。（郵送の場合は必着）

ご希望の方は、令和９年２月１日までに接種し、申請手続きをお願いします。

１　予防接種の実施方法及び補助金申請

予防接種の実施方法ごとに申請手続きを行ってください。

Ⅰ　拠点内における集団接種（被保険者のみ）

① 契約医療機関が補助額を健保組合へ請求する場合
→ 申請なし
詳細は LAN で確認してください

② 被保険者が代金を全額支払う場合
※今回のお知らせの【別紙 1】及び【別紙 4】をご利用ください
拠点庶務担当者がまとめて申請してください
→ 要申請
※補助額は償還払い
拠点ごとに書類送付
領収書は１枚

Ⅱ　医療機関での個別接種（被保険者・被扶養者）

① 代行機関（（株）あまの創健）の契約医療機関で『補助券』を利用して接種した場合
→ 申請なし
【参照】けんぽからのお知らせ 第 685 号

② 上記『補助券』を利用せず、個別に接種した場合
※Pep Up（詳細は別添 2）又は今回のお知らせの【別紙 2】及び【別紙 4】をご利用ください
→ 要申請
※補助額は償還払い
Pep Up から申請
又は書類送付

（１）勤務先拠点で、インフルエンザの予防接種を実施した場合（図Ⅰ）

①健保との契約機関が訪問実施した場合は、補助額が控除されていますので申請不要です。

②被保険者が代金を全額支払う場合

【別紙１】一括（拠点）申請用「インフルエンザ予防接種補助金申請書」に医療機関発行の領収書（原本）を【別紙４】領収書貼付用紙に添付して、拠点ごとに提出してください。

・領収書は接種日が同日であれば、１人あたりの自己負担額単価×接種人数を明記のうえ、拠点接種者の自己負担額（合計額）となる領収書（原本）を１枚添付してください。

・接種日が異なる場合は、接種日ごとに申請してください。

（２）医療機関において、個別にインフルエンザ予防接種を受けた場合（図Ⅱ）

①補助券を利用し、代行機関（(株)あまの創健）にて接種した場合は申請不要です。

②被保険者が代金を全額支払う場合

WEB（PepUp）申請及び紙申請（書類郵送）が可能です。いずれかをご利用ください。

※WEB 申請は領収書原本等を写真添付し、郵送は不要です。【別添２】をご確認ください。

	PepUp WEB 申請	紙申請
申請手続	**Pep Up にログインして「各種申請」から申請対象者（※）を選択し、必要事項を入力** （※）資格喪失等、健保組合の適用情報の更新により、一部対象者が表示されない場合があります。この場合は紙申請を行ってください。 ・被保険者のみ１回申請できます。 ・世帯全員の予防接種終了後にまとめて申請してください。	**申請用紙をダウンロードして必要事項を記入** **・【別紙 2】個別（被保険者）申請用インフルエンザ予防接種補助金申請書** **・【別紙 3】任意継続被保険者申請用インフルエンザ予防接種補助金申請書** ・世帯全員の予防接種終了後にまとめて申請してください。
	同一内容（対象者）について、紙申請と WEB 申請を二重に行わないでください。 仮に補助が重複した場合は、後日補助額を返還していただきます。	
領収書原本	申請内容と領収書に必須項目が明記されているか最終確認してください 記載内容に不備がある場合は、補助金をお支払できませんので十分ご注意ください。	
領収書の取扱い	領収書原本（全体）をスマートフォン等で鮮明に見えるように写真を撮り、ファイル添付。	領収書原本を【別紙 4】領収書貼付用紙に貼付。
提出	申請ボタンをクリックする。	書類を郵送する。
健保からの承認・連絡	・申請完了メールが届きます。 ・書類不備がある場合は「申請データの差し戻し」を行います。確認し、期限までに再提出してください。	・書類不備があった場合は電話又は文書で連絡、返戻します。確認し、期限までに再提出してください。
支給通知	決裁完了メールが届きます。	補助金振込通知書が届きます。

２　補助金申請の留意事項

申請書及び領収書は、あらかじめ内容を確認してから送付してください。

（１）申請書

申請書に記載する氏名は、健康保険の氏名（旧姓・通称名は不可）をご記入ください。

（２）領収書

記載内容に不備がある場合は、補助金のお支払いができませんのでご注意ください。

下記の４項目について、記載もれがないかご確認のうえ、領収書の原本を貼り付けてください。

１）接種年月日

２）インフルエンザ予防接種代

「金額」及び「インフルエンザ予防接種であることがわかる記載」

※ワクチン代、予防接種代のみ記載は不可。

３）予防接種を受けた方の氏名

（勤務先拠点において、１枚の領収書に複数名分の領収額が記載されるときは、実施拠点名）

４）予防接種を受けた医療機関名称

- インフルエンザ補助金申請時の領収書（原本）は返却しかねますので、ご了承ください。
- インフルエンザ予防接種は、確定申告の医療費控除対象外です。
- セルフメディケーション税制をご利用になる場合は、予防接種済証をご利用ください。
- 年度内にインフルエンザ予防接種を２回受診した場合は、１回分の領収書（原本）のみご提出ください。
- 領収書（原本）の他に、明細書（予防接種の種類が明記されているもの）も発行されている場合は、併せてご提出ください。
- 金額のみ記載されたレシートは、申請内容の確認ができません。医療機関に領収書の発行を依頼してください。
- 保険診療受診分とインフルエンザ予防接種受診分を合算した領収書が提出された場合、領収書（原本）は返却できかねます。保険診療と分けて発行した領収書をご提出ください。

３　補助金の支払方法

日本年金機構を経由して、被保険者の給与口座へ補助金を振り込みます。

申請用紙（申請名簿）の同意欄（補助金の受領を日本年金機構に委任する可否の回答欄）が未記入の場合は、補助金振込みが出来ません。申請前に同意欄を必ずご確認ください。

- 任意継続被保険者の方は、原則として健保組合より直接指定口座へ振り込みます。
- 申請書受付後、支払までに２ヶ月程度要する場合がありますので、ご了承ください。
- 申請内容に不備がある場合、補助金の振込みが遅れることがあります。

PepUp からの申請方法

Pep Up の登録に必要となる「本人確認用コード通知書」を紛失した方は【別紙 5】を使用してください

1　PepUp へログイン

アプリまたは

URL https://pepup.life

ログイン画面

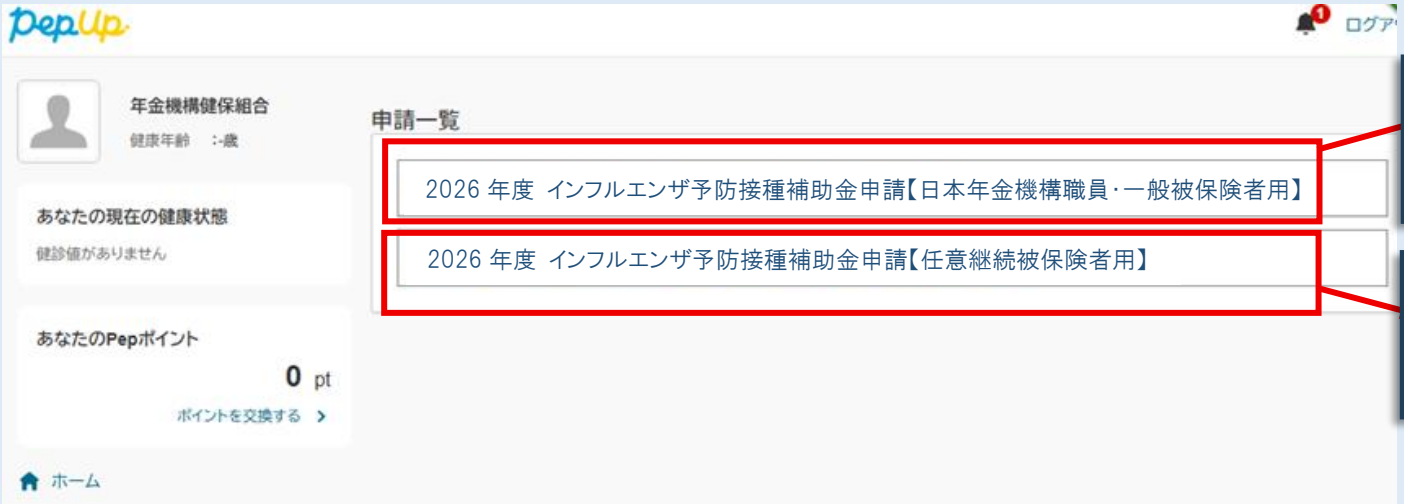
2　メニューから各種申請を選択（画像は参考です）

PC 画面

アプリ画面

一番下「その他」をクリック

3　2026 年度インフルエンザ予防接種補助金申請をクリック



職員の方はこちらから申請してください。

任意継続被保険者の方はこちらから申請してください。

4　注意事項を読み、①チェックボックスをクリックして申請対象者を選択し、②新規申請ボタンをクリック

注意事項には以下の内容が表示されます

確認してください

対象者、補助額、対象期間、申請期限、
申請にあたっての留意点、
健保からの承認・連絡、補助金支給について

5　必要事項を入力、領収書添付、注意事項をチェックする

各項目に必要な内容を入力します。
添付ファイルは jpg、jpeg、gif、png 形式をアップロードしてください。
画像容量は最大 10MB 以下でお願いします。
アプリ版では、領収書の画像アップロードに時間を要しますので、ボタンを押してから次の画面が表示されるまで 5～10 秒ほどかかることがあります。

2 人目以降で 1 人目の申請と記載内容が同じ場合、
入力を省略することができます。

領収書の画像をこちらから添付してください。
鮮明に撮影してください。
ファイルが複数ある場合は追加してください。

すべての内容を入力し、「内容を確認する」をクリック
情報に不足がある場合、下書き保存をすることができます。

◆注意事項

確認してチェックを入れてください

確認１	☐	領収書に「インフルエンザ予防接種代」と記載されていることを確認しました。
確認２	☐	領収書の宛名（フルネーム）が接種を受けた方になっていることを確認しました。
確認３	☐	領収書が 2026 年度分（2026/10/1～2027/2/1）になっていることを確認しました。
確認４	☐	領収書ではなく明細書に「インフルエンザ予防接種代」と記載がある場合は、明細書も添付が必要です。

◆振込に関する同意にチェックする

補助金は日本年金機構が代理受領し、給与口座へ振り込まれることに同意します。

☐ 振込に関する同意

※任意継続被保険者の方は、振込口座欄を登録してください

6　申請完了後、申請完了メールが届きます

申請内容を確認し申請ボタンを押します。申請を送信した旨の「申請完了メール」が送付されます。

申請後は承認待ちの状態になります。振込まで 2 か月程度を要しますのでお待ちください。

7　健保組合で決裁完了後、メールが届きます

申請内容が健保組合で決裁されると「決裁完了メール」が送信されます。

※申請内容に不備があると、健保組合から「差戻し」メールが送付されます。内容を確認し修正して再申請してください。

日本年金機構健康保険組合

【別紙1】

健保使用欄	常務理事	事務長	課長	担当者

一括（拠点）申請用

本申請書は、日本年金機構健康保険組合の適用事業所のみ使用できます

インフルエンザ予防接種補助金申請書

（太枠内を記入のうえ、同意欄へチェックを入れてください。）

西暦　　年　　月　　日

拠点名	日本年金機構 （本部の方は、部（室）名を記入してください）	グループ（課）名	
		担当者名	
		電話番号	
医療機関名		接種者人数（内訳）	
		被保険者（本人）	
		被扶養者（家族）	
		合　計	

《注意事項》

1. この一括申請書は、拠点で予防接種を実施した場合に使用してください。
2. 医療機関発行の領収書（原本）を添付してください。
   ＜領収書について＞
   一括発行の場合 → 実施日、金額と人数記載のものを1枚添付
   個別発行の場合 → 実施日、金額と氏名記載のものを申請人数分添付
   ※領収書は、必ず＜A4サイズの用紙（別紙）＞に貼付してください。
3. 申請額（補助額）は、**被保険者および被扶養者1人あたり3,000円（税込）が上限**です。予防接種を2回受けた場合でも、補助は1回分のみ申請してください。
4. 記入欄が足りない場合は、行を追加してください。
5. **下記事項に同意のうえ、同意欄に必ず☑してください。**

・健保組合からの振込は日本年金機構宛てとなりますので、本補助金の代理受領について同意をお願いします。
・申請者への支払は日本年金機構から給与口座への振込となります。
・同意のない場合は支払できませんのでご留意ください。

※ 健康保険記号・番号は被保険者（職員）に確認のうえ、必ず記入してください
※ 枝番の記入は不要です

No.	健康保険		接種者氏名	フリガナ	本人・家族	接種日（西暦/月/日）	領収書金額（円）	申請額（円）	同意欄
	記号	番号							
例	100	99999	健保　太郎	ケンポ　タロウ	本人	2026/11/1	3,500	3,000	☑
1									☐
2									☐
3									☐
4									☐
5									☐
6									☐
7									☐
8									☐
9									☐
10									☐
11									☐
12									☐
13									☐
14									☐
15									☐
16									☐
17									☐
18									☐
19									☐
20									☐

【別紙1】

※ 枝番の記入は不要です

No.	健康保険		接種者氏名	フリガナ	本人・家族	接種日（西暦/月/日）	領収書金額（円）	申請額（円）	同意欄
	記号	番号							
21									□
22									□
23									□
24									□
25									□
26									□
27									□
28									□
29									□
30									□
31									□
32									□
33									□
34									□
35									□
36									□
37									□
38									□
39									□
40									□
41									□
42									□
43									□
44									□
45									□
46									□
47									□
48									□
49									□
50									□
51									□
52									□
53									□
54									□
55									□
56									□
57									□
58									□
59									□
60									□

個別（被保険者）申請用

健保使用欄	常務理事	事務長	課長	担当者

本申請書は、日本年金機構健康保険組合の被保険者のみ使用できます
（日本年金機構の職員）

インフルエンザ予防接種補助金申請書

（本補助金申請を希望する被保険者は、太枠内を記入してください。）

■申請者（被保険者本人） ※枝番の記入は不要です

健康保険	記号	100	番号（右つめ）						所属	□ 本部	（部（室）・グループ名を記入してください）
職員番号										□ 事務センター □ 年金事務所	（事務センター名称、又は事務所名称を記入してください）
フリガナ								同意	【同意欄について】 ・支払は日本年金機構から給与口座への振込となります。 ・健保組合からは日本年金機構へ振込となりますので、本補助金の代理受領について同意をお願いします（〇印を記入）。 ・同意のない場合は支払できませんのでご留意ください。		
被保険者氏名											

申請額（世帯合計）
円

■申請内容（接種者情報）

※1 被保険者のみの場合も必ず以下の欄を記入してください。　※2 領収書は必ず＜A4サイズの用紙（別紙）＞に貼付してください。

	接種者名		続柄・接種日 ※続柄、年の該当部分に〇印	医療機関名・領収書金額・申請額 ※申請額は、領収書金額が3,000円以上の場合は3,000円、3,000円未満の場合は領収書金額を記入してください	健保使用欄
1	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2026年 / 2027年　月　日	領収書金額　円　申請額　円	
2	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2026年 / 2027年　月　日	領収書金額　円　申請額　円	
3	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2026年 / 2027年　月　日	領収書金額　円　申請額　円	
4	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2026年 / 2027年　月　日	領収書金額　円　申請額　円	
5	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2026年 / 2027年　月　日	領収書金額　円　申請額　円	
6	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2026年 / 2027年　月　日	領収書金額　円　申請額　円	

【別紙3】

任意継続被保険者用

本申請書は、日本年金機構健康保険組合の任意継続被保険者のみ使用できます

健保使用欄	常務理事	事務長	課長	担当者

インフルエンザ予防接種補助金申請書

（本補助金申請を希望する被保険者は、太枠内を記入してください。）

■申請者（被保険者本人） ※枝番の記入は不要です

健康保険	記号	300	番号（右詰め）					
フリガナ								
被保険者氏名（振込口座名）								

《注意事項》

1. 医療機関発行の領収書（原本）を添付してください。
   ＜領収書について＞①～④の項目が記載されていること
   ①接種年月日 ②「インフルエンザ予防接種」及び「金額」（※）
   ③接種者氏名（姓名） ④予防接種を受けた医療機関名称
   （※）診療明細書に記載されている場合は併せて提出してください。
   ※領収書は、必ず別紙＜A4サイズの用紙＞に貼付してください。
2. 申請額（補助額）は、被保険者及び被扶養者1人あたり3,000円（税込）が上限です。予防接種を2回受けた場合、1回分のみ申請してください。

■振込口座

補助金振込先													
	金融機関コード					金融機関名							
	支店コード					支店名							
	口座種別	普通		当座		口座番号							

申請額（世帯合計）
円

■申請内容（接種者情報）

※ 被保険者のみの場合も必ず以下の欄に記入してください。

	接種者名		続柄・接種日 ※続柄、年の該当部分に〇印	医療機関名・領収書金額・申請額 ※申請額は、領収書金額が3,000円以上の場合は3,000円、3,000円未満の場合は領収書金額を記入してください	健保使用欄
1	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2026年 2027年 月 日	領収書金額 円 申請額 円	
2	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2026年 2027年 月 日	領収書金額 円 申請額 円	
3	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2026年 2027年 月 日	領収書金額 円 申請額 円	
4	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2026年 2027年 月 日	領収書金額 円 申請額 円	
5	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2026年 2027年 月 日	領収書金額 円 申請額 円	
6	フリガナ		本人 ・ 家族	医療機関名	可 □ 不可 □ （備考）
	氏名		2026年 2027年 月 日	領収書金額 円 申請額 円	

【別紙 4】

領収書貼付用紙

※注意事項等をご確認のうえ、こちらの用紙に領収書を貼り付けてください。

のりづけ位置（この枠より左側には貼付しないでください。）

≪領収書について≫

医療機関発行の領収書（原本）を貼り付けてください。領収書はこの用紙からはがれることのないように貼り付けてください。

領収書はお返しいたしませんので、セルフメディケーション税制をご利用になる場合は、予防接種済証をご利用ください。

また、次の 4 項目について領収書に記載があることを確認してください。

- □ 予防接種を受けた年月日が 2026 年 10 月 1 日から 2027 年 2 月 2 日であること
- □ 「インフルエンザ予防接種代」と記載
  ※予防接種代、その他、選定療養等は認められません。
  ※診療明細書に記載がある場合は添付すること。
- □ 宛名（フルネーム）が接種を受けた方であること
  ※健康保険の氏名であり、旧姓や通称名は不可。
- □ 予防接種を受けた医療機関名称

≪注意事項≫

① 予防接種を受けることが適当でない場合がありますので、アレルギーのある方などは事前に医師に相談してください。

② 個人申請の場合は、世帯全員（被保険者および被扶養者）の接種が終了後、まとめて申請してください。

③ 補助は、被保険者および被扶養者 1 人あたり 1 回のみ、3,000 円（税込）が上限です。予防接種を 2 回受けた場合、1 回のみ申請してください。合算不可。

なお、代行機関の補助券を利用した場合、補助額は既に控除されておりますので、償還払の申請は行わないでください。

④ 申請期間は 2027 年 3 月 1 日（月）まで（必着）となります。期限は厳守してください。

【 送付先 】
〒102-8548 東京都千代田区三番町22 日本年金機構健康保険組合

【別紙5】
（別紙）

「Pep Up 本人確認用コード」照会票

本書は、Pep Upを新規登録する際に必要となる「本人確認用コード」の問い合わせ票です。

すでにご登録いただいている場合で、ログインに必要な「パスワード」が不明の方は、ログイン画面の「パスワードをお忘れの場合」からお手続きください。

太枠内をご記入ください。

記入日　　年　　月　　日

健康保険	記号		申請者氏名	カナ		続柄	□ 本人
	番号			漢字			□ 家族
電話番号	― ―		※照会票の発行に関して、ご連絡する場合があります。 申請者の方とご連絡がつく電話番号の記載をお願いします。				

一般被保険者	（勤務先）	所属 ※原則は勤務先へ送付となります	拠点	※年金事務所名、事務センター名（本部の方は、部・室名等）をご記入ください
			課	※課・グループ名称等をご記入ください
	（自宅）	〒　　―		休職等で照会票が受け取れない場合は、こちらへ住所を記載してください
		都道府県	市区町村	
任継被保険者	（自宅）	〒　　―		
		都道府県	市区町村	

※ご記入いただいた住所へ「本人確認用コード」をお送りいたします。

日本年金機構健康保険組合