

日本飛行機健康保険組合 加入者の皆さまへ

インフルエンザ予防接種の補助について

首題の件、次の要領で被保険者・被扶養者に対しインフルエンザ予防接種の費用を補助します。補助金額は1名につき上限 2,000 円です。インフルエンザへの感染予防のためご活用戴きますようお願い致します。

尚、本年も日本飛行機株式会社に於いてインフルエンザ集団予防接種が実施されますが、都合が合わず当日受けられなかった方や遠隔地勤務の方、被扶養者、任意継続被保険者・被扶養者への対応として、各自が医療機関で受けた予防接種に対する補助を当健康保険組合に於いても例年通り実施します。

- ・対象者:被保険者・被扶養者 接種日に当健保に加入していること
- ・対象者一人につき年度内 1 回限り(小児や乳幼児等の 2 回接種者に於いても補助は 1 回)
- ・費用が上限額未満の場合はその実費額を補助。
- ・高齢者等で市区町村補助のある方は、そちらを利用後の実費額を補助(上限 2,000 円)。

- (1) 令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 1 月 31 日の間に、医療機関にて予防接種を行って下さい。
- (2) 費用は医療機関によって異なります。接種時は全額各自が支払い、領収書を受領願います。
※領収書についての詳細は下記参照ください。
- (3) 補助金の申請方法は、今年度からは PepUp からの WEB 申請のみになります。

●PepUp 申請方法

日飛健保ホームページのトップ画面にある「PepUp」バナーをクリックしてログインしてください。
PepUp ホーム画面の「各種申請」から、「2025 年度インフルエンザ予防接種補助金申請」を開き、ガイドに従い必要事項を入力、領収書(画像)を添付し、「申請する」ボタンを押してください。

申請期限は令和 8 年 2 月 28 日です。

入力内容を確認後、被保険者の給付金／旅費等の振込口座に補助金を振り込みます。
家族で複数人の場合は、被保険者の方が 1 回にまとめて申請してください。

① 領 収 書 ③	領収書 必須記入項目 ① 接種者の個人名 (フルネーム) ② 受診内容 (インフルエンザ予防接種代として) ③ 接種年月日 ④ 医療機関名、住所、連絡先 ⑤ 発行元の領収印、又は担当者印 (朱印) ⑥ 医療機関で支払った金額
日 飛 太 郎 令和 7 年 11 月 X 日	
⑥ ￥ 3,500-	
② 但 インフルエンザ予防接種代	
上記正に領収いたしました	
④ 横浜市〇〇区〇〇町 1-1-1 ⑤	
TEL 045-123-4567	
見本 けんぽクリニック (印)	
院長 健保 太郎	

本件に関わるお問い合わせは健康保険組合 045-773-5170(内線 3642)