

インフルエンザ補助申請方法

1. インフルエンザ補助取扱いを確認後、健康マイポータルにログインしてください。
2. ログイン後、「補助金申請」アイコンをクリックします。



3. 「申請する」をクリックします。



4. インフルエンザ予防接種補助金申請の「申請書入力」をクリックします。

健康マイポータル TOYOBO

前回ログイン日時 ようこそご本人さん ログアウト

Home 医療費通知 健診結果 ジェネリック通知 メルマガ 健保組合からのお知らせ

補助金申請 申請書選択

補助金申請の申請書を選択できます。

一覧の申請書入力ボタンをクリックしてください。

中 大 ?
文字サイズ ヘルプ

申請書名	締切日時	申請書入力
インフルエンザ予防接種補助金申請	2023/09/29 17:30	申請書入力

申請書名が「インフルエンザ予防接種補助金申請」である事を確認後、「申請書入力」をクリック

一覧へ戻る

5. 太枠内の必要事項を順番に入力していきます。(①～④は必須入力項目、⑤は任意入力項目)

補助金申請 入力

補助金申請の入力を行います。

中 大 ?
文字サイズ ヘルプ

インフルエンザ予防接種補助金申請

インフルエンザ予防接種補助金申請には領収書の提出が必要です。
領収書の宛名は必ず個人名宛で発行してもらってください。
領収書には次の項目を明記してもらってください。

1. 接種者氏名 (複数人数で接種の場合)
2. 受診内容 (インフルエンザ予防接種)
3. 医療機関名
4. 接種年月日 (領収書発行日)
5. 接種料金

※申請受付期間：2024年2月末日

「領収書」をアップロードする
10MB以内の以下の拡張子のファイル。
画像ファイル (.jpg, .jpeg, .gif)
※領収書の文字が読み取れない場合は、お問い合わせ先へお問い合わせください。

問合せ先
ご不明な点は、東洋紡健康保険組合
e-mail: kenkouhokenkumiai@toyobo.com
電話: 06-6348-3276 受付

対象者情報

対象者 * ①

接種年月日 * ② 西暦 年 月 日 前

補助上限額 * ③ 円

領収書 * ④

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。
⑤

次の対象者を入力

入力内容を確認する 選択画面へ戻る

次の対象者を入力

入力内容を確認する 選択画面へ戻る

5-①. 接種対象者氏名をプルダウンから選択します。

※家族全員を申請する場合でもお一人ずつ「対象者」「接種年月日」「補助上限額」「領収書」を登録し、「入力内容の確認」は家族全員登録し終えた状態で行ってください。

対象者情報

対象者 * ①

接種年月日 * 年 月 日

補助上限額 * 円

領収書 *

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。

※東洋紡健康保険組合の被扶養者認定されているのに対象者名が表示されない場合は kenkouhokenkumiai_toyobo@toyobo.jpまでメールで連絡をお願いします。
直近に認定された場合、反映に時間がかかります。

5-②. 接種年月日をプルダウンから入力します。（カレンダーからの選択も可能です）

対象者情報

対象者 *

接種年月日 * ② 西暦 2023 年 10 月 10 日

補助上限額 * 円

領収書 *

連絡欄

カレンダーから選択する場合

対象者情報

対象者 *

接種年月日 * 西暦 年 月 日

補助上限額 * 円

領収書 *

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。

実際に接種した日をクリック

2023 年 10 月						
日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

5-③. 対象者の接種した費用が**2,000円以上の場合**は**2,000**を入力します。

対象者の接種した費用が**2,000円未満の場合**、**領収書に記載の実費**を入力します。
領収書を超えた金額の申請は受付出来ませんので、ご注意ください。

但し、乳幼児等において同一人物が2回接種する場合は、合算金額に対して2,000円が上限につき、1回目接種で2,000円未満だった場合は、2回目接種終了後にまとめて申請してください。申請方法は1 1. に記載の通りです。

5-④. 領収書をアップロードします。(2枚の書類がある場合でも1つのファイルにして下さい)

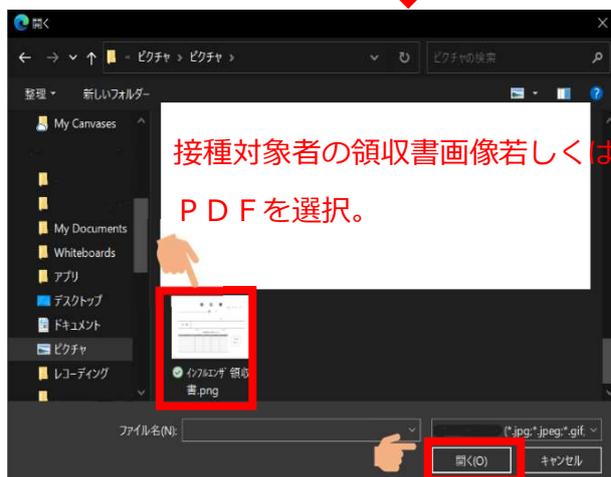
※アップロードの前に領収書を写真若しくはPDFに読み込んでおいてください。

尚、10MB以内の以下の拡張子のファイルで用意してください。

以下に記載以外の拡張子のファイルはアップロードできません。

画像ファイル (.jpg、.jpeg、.gif、.png、.tif、.tiff)、PDFファイル(.pdf)

※領収書の文字が読み取れないなど不備がある場合は再度申請手続きをしていただく場合があります。



「開く」をクリック

領収書を写真で添付した後の画面イメージ

※写真イメージが確認出来るので、接種者名や接種日等、確認ください。

※写真の写りが悪い場合は「削除」をクリックし、再度登録しなおしてください。

対象者情報

対象者 * 東洋 太郎

接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 4 日

補助上限額 * 2000 円

領収書 * インフルエンザ領収書.png 削除

写真を取り込んだ場合の画面イメージ

領 収 書
令和5年10月4日
東洋 太郎 様
TEL:
金 額 ¥5,000-
但 インフルエンザ予防接種費用 として
上記金額を正に受領いたしました。
印 収 紙 入

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。

領収書をPDFで添付した後の画面イメージ

対象者情報

対象者 *

接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 4 日

補助上限額 * 2000 円

領収書 * ViewMain.pdf 削除

PDFを取り込んだ場合の画面イメージ

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。

次の対象者を入力

領収書に対象者名が記入されていない場合は、受付出来ません。

家族が同日に同医療機関で接種し、家族の合計額としての領収書を1枚しか発行してもらえない場合、その領収書に接種対象者それぞれの「氏名」「料金」「インフルエンザ予防接種」を明記されている必要があります。

5-⑤. 領収書添付後、日中連絡がとれる電話番号（市外局番から）を記載してください。（任意）

対象者情報

対象者 * 東洋 太郎

接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 4 日

補助上限額 * 2000 円

領収書 * ViewMain.pdf 削除

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。

⑤ 06-0000-0000

6. 入力内容に間違いがなく、他に申請する人がいなければ入力内容を確認するに移ります。
他に申請者がいる場合は、10.を確認ください。

対象者情報

対象者 * 東洋 太郎

接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 4 日

補助上限額 * 2000 円

領収書 * ViewMain.pdf 削除

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。

06-0000-0000

申請内容に間違いがないか
確認

次の対象者を入力

他に申請する家族がいなければ、「入力内容を確認する」をクリック

入力内容を確認する 選択画面へ戻る

7. 個人情報取扱に同意するチェック欄にチェックを入れて申請します。

※同意いただけない場合は申請出来ません。

※チェックを入れる事で「申請する」をクリックする事が出来ます。

対象者情報

対象者 * 東洋 太郎

接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 4 日

補助上限額 * 2000 円

領収書 * ViewMain.pdf

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。
06-0000-0000

■補助金の支払方法
一般被保険者の方は、補助金の受領を会社に委任し給与合算でお支払いします。
任意継続被保険者の方は、健康保険組合に届け出ている指定口座に振り込みを行います。

■個人情報の取り扱い
当健保組合では、インフルエンザ予防接種補助において、個人情報を取扱いますので、内容をご確認いただき同意のうえ、補助金請求を行っていただきますようお願いいたします。

上記内容に同意いただけない場合は、申請することができません。

同意する

申請する 戻る



■補助金の支払方法
一般被保険者の方は、補助金の受領を会社に委任し給与合算でお支払いします。
任意継続被保険者の方は、健康保険組合に届け出ている指定口座に振り込みを行います。

■個人情報の取り扱い
当健保組合では、インフルエンザ予防接種補助において、個人情報を取扱いますので、内容をご確認いただき同意のうえ、補助金請求を行っていただきますようお願いいたします。

上記内容に同意いただけない場合は、申請することができません。

同意する

同意するにチェックする事で「申請する」が反転されクリック可能

申請する 戻る

※領収書や申請内容に不備がある場合は受付できない可能性がありますので、

申請者や接種日、金額に間違いのない事を確認の上、「申請する」をクリックしてください。

8. 申請確認

申請が完了すれば、以下の画面に切替りますので、「一覧へ戻る」をクリックして申請状況を確認してください。申請と同時に申請受付メールが届きます。

インフルエンザ予防接種補助金申請

インフルエンザ予防接種補助金申請の申請が完了しました。

申請日時
2023/ /2 1 :2

申請番号
230 000

申請が完了した画面に切替るので、「一覧へ戻る」をクリック

一覧へ戻る

ページトップに戻る



補助金申請の受付を開始しました。
申請する方は「申請する」ボタンをクリックしてください。

申請する

申請状況を確認して、申請作業は終了

申請番号	申請書名	申請日時	対象者名	申請状況	不受理理由
230 0000	インフルエンザ予防接種補助金申請	2023/ /2 1 :2		申請済み	

最後にログアウト

東洋紡健康保険組合 <info@toyobo-kenpo.jp>
宛先

東洋紡健康保険組合です。

インフルエンザ予防接種補助金申請の申請を受け付けました。
申請番号：230 000 0

以下の URL にアクセスし内容をご確認ください。
[https://jpn01.safelink...?url=https%... .jpf](https://jpn01.safelink...?url=https%...)
40 7C749170f %7Ca80f4710 4212c
7CTWFpbGZsb3d8eyJWljojMC4wLj BTiI6Ik1haWwiLCJXVC
3D&reserved=0

申請いただきました内容が確認された後、メールで確認結果の連絡が入りますので届きましたメール内にリンクされているURLにアクセスの上、申請が承認されているかどうか必ずご確認ください。

※本メールに覚えがない場合は、大変お手数ですが本メールを破棄してください。
※本メールには返信できませんのでご了承願います。

東洋紡健康保険組合

申請後、登録されているメールアドレス宛に「info@toyobo-kenpo.jp」からインフルエンザ予防接種補助金申請 申請受付のご案内メールが届きます。
※届かない場合は、受診拒否設定や迷惑メール内を確認ください。

健康保険組合で申請内容が確認されると上記アドレスから9.に記載のメールが届きますのでメール受信すればURLにアクセスの上、承認状況を確認ください。

10. 他に申請する家族がいる場合は、一人目入力後に「次の対象者を入力」をクリックします。

対象者情報

対象者 * 東洋 太郎

接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 4 日

補助上限額 * 2000 円

領収書 * ViewMain.pdf 削除

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。
06-0000-0000

次の対象者を入力

入力内容を確認する 選択画面へ戻る

↓ 新しい対象者情報を入力する枠が出来るので、順番に入力していく

対象者情報

対象者 * []

接種年月日 * 西暦 [] 年 [] 月 [] 日

補助上限額 * [] 円

領収書 * アップロード

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。
[]

削除

次の対象者を入力

入力内容を確認する 選択画面へ戻る

10-①. 接種対象者氏名をプルダウンから選択します。

※家族全員を申請する場合でもお一人ずつ「対象者」「接種年月日」「補助上限額」「領収書」を登録し、「入力内容の確認」は家族全員登録し終えた状態で行ってください。

対象者情報

対象者 * 東洋 花子

接種年月日 * 月 日

補助上限額 *

領収書 * アップロード

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。

※東洋紡健康保険組合の被扶養者認定されているのに対象者名が表示されない場合は kenkouhokenkumiai_toyobo@toyobo.jpまでメールで連絡をお願いします。
直近に認定された場合、反映に時間がかかります。

10-②. 接種年月日をプルダウンから入力します。（カレンダーからの選択も可能です）

対象者情報

対象者 * 東洋 花子

接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 10 日

補助上限額 * 円

領収書 * アップロード

連絡欄

10-③. 対象者の接種した費用が**2,000円以上の場合**は**2,000**を入力します。

対象者の接種した費用が**2,000円未満の場合**、**領収書に記載の実費**を入力します。
領収書を超えた金額の申請は受付出来ませんので、ご注意ください。

但し、乳幼児等において同一人物が2回接種する場合は、合算金額に対して2,000円が上限につき、1回目接種で2,000円未満だった場合は、2回目接種終了後にまとめて申請してください。申請方法は11.に記載の通りです。

対象者情報

対象者 * 東洋 花子

接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 10 日

補助上限額 * 2000 円

領収書 * アップロード

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。

10-④. 領収書をアップロードします。

※アップロードの前に領収書を写真若しくはPDFに読み込んでおいてください。

尚、10MB以内の以下の拡張子のファイルで用意してください。

以下に記載以外の拡張子のファイルはアップロードできません。

画像ファイル (.jpg、.jpeg、.gif、.png、.tif、.tiff)、PDFファイル(.pdf)

※領収書の文字が読み取れないなど不備がある場合は再度申請手続きをしていただく場合があります。

対象者情報

対象者 * 東洋 花子

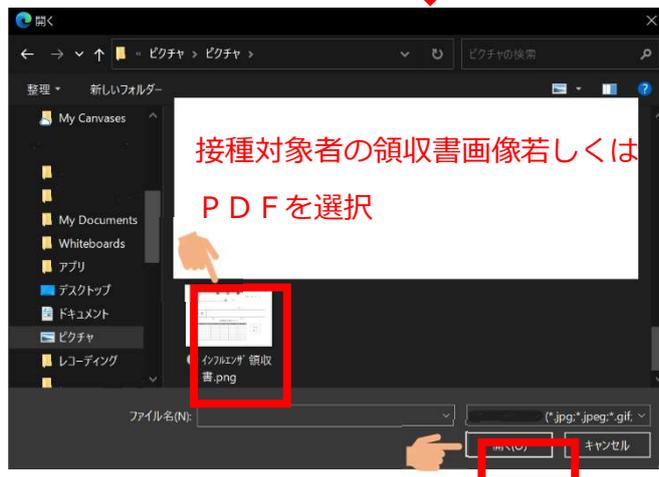
接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 10 日

補助上限額 * 2000 円 「アップロード」をクリックすると

領収書 * ④ アップロード ファイル呼出しのフォルダが

連絡欄 開くので領収書を保存した箇所

日中連絡のとれる電話番号を記載してください。 から領収書を読み出す



「開く」をクリックする。

領収書を写真で添付した後の画面イメージ

※写真イメージが確認出来るので、接種者名や接種日等、確認ください。

※写真の写りが悪い場合は「削除」をクリックし、再度登録しなおしてください。

対象者情報

対象者 * 東洋 花子

接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 10 日

補助上限額 * 2000 円

領収書 * インフルエンザ 領収書.png 削除

領 収 書

東洋 花子 様

金額 ￥4,500-

インフルエンザ予防接種

氏名	年齢	性別	接種種別	金額

印 入

写真を取り込んだ場合の画面イメージ

領収書に対象者名が記入されていない場合は、受付出来ません。
家族が同日に同医療機関で接種し、家族の合計額としての領収書を1枚しか発行してもらえない場合、その領収書に接種対象者それぞれの「氏名」「料金」「インフルエンザ予防接種」を明記されている必要があります。

10-⑤. 領収書添付後、日中連絡がとれる電話番号（市外局番から）を記載してください。（任意

対象者情報

対象者 * 東洋 花子

接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 10 日

補助上限額 * 2000 円

領収書 * ViewMain.pdf 削除

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。

⑤ 06-6348-3000

10-⑥. 入力内容に間違いがなく、他に申請する人がいなければ入力内容を確認するに移ります。
他に申請者がいる場合は、10.を確認ください。

対象者情報

対象者 * 東洋 花子

接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 10 日

補助上限額 * 2000 円

領収書 * ViewMain.pdf 削除

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。 申請内容に間違いがないか確認

06-6348-3000

次の対象者を入力

他に申請する家族がいなければ、「入力内容を確認する」をクリック

入力内容を確認する 選択画面へ戻る

入力後、他に対象者がいる場合は10.を行い、全員の入力が終われば6. 7. 8. を行ってください。

- 1 1. 乳幼児等において補助対象期間内(2023年10月1日～2024年1月31日)に同一人物が2回接種した場合は、合算金額に対して上限額の2,000円まで補助します。1回目の接種で2,000円未満だった場合は、同じ人を1回でまとめて申請ください。
- ※接種日が異なりますが、必ず2回目終了後にまとめて申請してください。
 - ※1回目の接種で2,000円以上の場合は、1回終了時に申請ください。
 - ※1回目の接種が1,500円で2回目も1,500円の場合の申請は2,000円の申請とし、領収書は必ず2枚添付ください。
- 領収書を超えた金額の申請は出来ません。
- ※接種年月日は2回目を打ち終えた日付で登録ください。

2回接種終了後に申請したイメージ

対象者情報

対象者 * 東洋 一子

接種年月日 * 西暦 2023 年 10 月 8 日

補助上限額 * 1000 円

領収書 * 001-0116.png 削除

領 収 書

令和 年 月 日

_____ 様 〒 _____

TEL: _____

金額 _____

_____ 様 として

上記金額を正に受領いたしました。

品名	数量	単価	総額	金額

印 収
紙 入

領収書は必ず2枚添付してください

領 収 書

令和 年 月 日

_____ 様 〒 _____

TEL: _____

金額 _____

_____ 様 として

上記金額を正に受領いたしました。

品名	数量	単価	総額	金額

印 収
紙 入

連絡欄
日中連絡のとれる電話番号を記載してください。

06-0000-0000