

1 今回申請する助成対象者の名簿（Excel指定様式）を作成する

↓指定様式はこちら ※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。



インフルエンザ予防接種種利用助成申請（企業用・名簿）

企業番号	001311
企業名	㈱〇×共済センター
担当者名	福利 共代
申請人数	5 名分

この度の申請によるインフルエンザ予防接種種助成対象者は以下のとおりです。

	会員番号	会員氏名
1	00966879	共済 太郎
2	00967711	福利 共代
3	00972345	札幌 共男
4	00980123	財団 共一
5	00994567	共済 福子
6		
7		

**会員番号順に作成してください。**  
 （入力する行が足りない場合には、様式に  
 習って追加してかまいません）

2 申請フォームへすすむ

↓ QRコードをタップ（クリック）すると、申請フォームに遷移します。



3 申請フォームに必要事項を入力

企業番号\*      企業名\*

※ゼロを含む6桁で入力してください

企業担当氏名\*      電話番号      メールアドレス\*

請求書の金額（総額）には、インフルエンザ予防接種費用以外の費用（健康診断費用など）は含まれますか？ または、さぼーとさっぽろの会員ではない従業員の予防接種費用は含まれていますか？\*

いいえ     はい

① 請求書又は領収書のコピーの金額（総額） ※単位：円\*

添付の請求書（写）の金額

② すべての費用合計額のうち、さぼーとさっぽろ会員分の予防接種費用合計額 ※単位：円\*

添付の請求書（写）のうち、会員となっている方の負担額合計

③ 差額について ※単位：円\*

①と②の差額を入力してください

差額の理由

さぼーとさっぽろ会員以外の請求が含まれているため

インフルエンザ予防接種費用以外の請求が含まれているため     その他

その他の詳細

差額の理由が他にあれば記載

助成金請求人数 ※単位：人\*

ここには申請時に添付する請求書（または領収書）金額の総額を入力してください。

ここにはさぼーとさっぽろ会員分のインフルエンザ予防接種費用の合計額のみ入力してください。

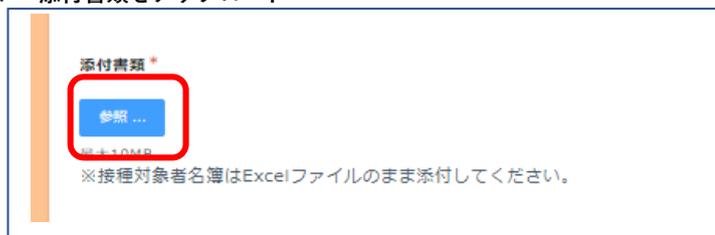
（※請求書等にインフルエンザ予防接種以外の費用やさぼーとさっぽろの会員ではない方の費用が含まれている場合には、上記①欄の金額とは一致しません）

上記①欄と②欄の金額に差額がある場合、差額の理由を選択してください（その他の場合は手入力）同額の場合には不要です。

今回の申請人数を入力してください。

（別で作成する助成対象者名簿（Excel）の人数と一致することを確認）

#### 4 添付書類をアップロード



参照ボタンを押す



パソコンなどに保存してある請求書または領収書画像と、助成対象者名簿（Excel）を選択



ファイルを開く



保存でOK

ア 請求書を添付する場合 以下①～④は記載必須事項です。

- ① 請求先（宛先）が申請を行う企業名であること。
- ② インフルエンザ予防接種であることの記載と単価がわかること。
- ③ 接種日及び接種した人の氏名が確認できること。

※ 接種助成対象者名簿（Excel）と照合するため、請求書には会員氏名が確認できる明細書が必要です。

○名分一式では受け付けません。

明細書の発行がされない場合、医療機関宛での予防接種申込書等でも代用可能な場合がありますので、一度、さぼーとさぼろ福利厚生課（011-221-3061）までご相談ください。

- ④ 請求金額（総額）の記載があること。

イ 全員分の領収書を添付する場合

※ 個々の領収書により企業申請を行うこともできます。

その場合、以下の①～⑤は領収書の記載必須事項です。それぞれに不備がないか必ず確認してください。

画像が見切れているものや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						
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	医学処理費	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	③ 「インフルエンザ予防接種」 である旨の記載 負担額			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			保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
	(内訳)	(内訳) インフルエンザ	合計	円	円	円	
			負担額	円	円	円	
			領収額 合 計				

※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
	病理診断	診断群分類 (DPC)	食事				
	点	点					

予防接種のみでは不可です

保険外負担	評価療養・選定療養	その他			
		(内訳) 予防接種			

	保 険	保 険	保 険
	(食事・生活)	外負担	
合 計	円	円	円
負担額	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。

## 5 確認事項にチェック✓を入れて申請完了

入力したメールアドレスに申請受付完了メール（自動返信メール）が届きます。  
必ず受信したことを確認してください。

## 6 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、担当者宛てメールアドレスにご連絡します。

**申請最終〆切（2024/2/15）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。**

## 7 助成額決定通知書の発行

助成決定の翌月末までに助成額決定通知書を郵送します。

助成額決定通知書は1申請につき1枚発行となり、複数の申請を1枚にまとめることはできません。

〒（ ）								
《住所》								
《企業名》								
インフルエンザ予防接種助成担当者 様								
令和6年1月23日								
さぽーとさっぽろ福利厚生課 (公益財団法人札幌市中小企業共済センター)								
令和5年度インフルエンザ予防接種助成額の決定及びお振込みのご案内 (助成額決定通知書)								
この度、申請いただいた令和5年度インフルエンザ予防接種の助成につきまして、下記 のとおり助成が決定しましたのでご通知申し上げます。 つきましては、助成額を会費（掛金）自動振替口座にお振込みさせていただきます。ご 不明な点がございましたら、表記のお問い合わせ先までご連絡ください。 今後とも当センター共済制度をご愛顧くださいますようよろしくお願いいたします。								
記								
<table><tr><td>企業番号</td><td>001311</td></tr><tr><td>企業名</td><td>株式会社共済センター</td></tr><tr><td>助成額</td><td>5,000 円</td></tr><tr><td>振込予定日</td><td>令和6年3月27日</td></tr></table>	企業番号	001311	企業名	株式会社共済センター	助成額	5,000 円	振込予定日	令和6年3月27日
企業番号	001311							
企業名	株式会社共済センター							
助成額	5,000 円							
振込予定日	令和6年3月27日							
【助成額の経理処理】 原則、雑収入等（不課税）として計上してください。 このほか貴社の顧問税理士様等に相談くださいますようお願いいたします。								
<お問い合わせ先> 公益財団法人札幌市中小企業共済センター（さぽーとさっぽろ） 福利厚生課 〒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 TEL：011-221-3061（10時～16時） FAX：011-221-4566 Mail：fukuri@support-sapporo.or.jp								

## 8 助成額の振込

会費（掛金）自動振替口座に助成額をお振込みします。

振込予定日：2024年3月27日（水）