

インフルエンザ予防接種助成申請書(企業用)

令和 8 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

企業名	㈱〇×共済センター		企業番号	001311
代表者名	共済 共男 ㊞	担当者 連絡先	氏名	福利 共代
下記 企業負担額に相違がないことを認めます。		電話番号	(011) 221 - 3061	

下記のとおりさぼーとさぼろ会員のインフルエンザ予防接種費用を負担しましたので、請求書を添えて助成金を申請します。

記

1 受診先 医療機関名	札幌福利共済病院、札幌中央診療所 他 3施設		
2 企業負担額	① 請求書の金額(総額):	22,400	円(税込)
	② うち さぼーとさぼろ会員 の人数と負担額:	5 名分 15,200	円(税込)
	*①と②の記載額の差〔なし・ あり 〕(差額)	7,200	円
	差額の理由: ☒ さぼーとさぼ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 ()		
3 助成金請求額	800円 × 5 名分 = 4,000 円		
4 確認事項 右記内容を確認し、全てに☑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。	助成金の振込について		
	☒ 確認済	振込先: 会費振替口座 振込予定日: 助成金決定後の翌月末	
	請求書(写)または領収書(写)について		
	☒ 確認済	申請者全員分の氏名は確認できますか? ※ ○○名分一式では不可。明細等で氏名の確認必須	
	☒ 確認済	申請者全員の接種日は令和7年10月1日～令和7年12月31日の間ですか?	
	☒ 確認済	インフルエンザの記載はありますか?(予防接種のみは不可)	
	☒ 確認済	請求書の宛先は企業名になっていますか? または 領収書に会員氏名の記載はありますか?(会社名のみは不可) また医療機関名の記載と、領収印(領収印省略の様式の場合は不要)はありますか?	
	☒ 確認済	会員一人あたりの負担額は2,000円以上ですか。 ※2,000円未満の場合助成対象外です。	
	助成対象者名簿について		
	☒ 確認済	会員番号と会員氏名に間違いはありませんか?	
添付書類	① 医療機関発行の請求書(写)または領収書(写)		
	② 本申請による助成対象者名簿 (指定の様式(Excel)あり。会員番号順に名簿を作成すること)		

個人情報の取扱について

公益財団法人札幌市中小企業共済センターでは、会員の皆様の個人情報を、福利厚生サービスの提供のみに利用し、それ以外の目的には利用いたしません。

2 今回申請する助成対象者の名簿を作成する

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		

会員番号順に記載してください。

3 添付書類を用意する ※コピーで可

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、医療機関宛て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、さばーとさばろ福利厚生課（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				① 会員本人氏名（フルネーム）				
	様				② 接種日				
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	医学管理費			在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	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				麻 酔	放射線治療	
	点	点	④ 負担額				点	点	
	病理診断	診断群分類（DPC）					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)					円	円	円
							円	円	円
							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
	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		保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
				円	円	円
	(内訳)	(内訳) 予防接種		円	円	円
				円	円	円
			領収額	円		

方法1
 医療機関に追記してもらう

↓ 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

領収印

診療明細書(記載例)

患者番号	氏名	○○ ○○ 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○○区○○ ○-○-○
○○○病院 ○○ ○○

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」「助成対象者名簿」「添付書類（すべて）」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、企業担当者宛てに連絡もしくは書類一式を返却します。

申請最終〆切（2027/1/31）までに不備が解消されないと、助成することはできません。

6 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。

令和 年 月 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7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7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お願いいたします。	
記	
企業番号	
企業名	
助成額	円
振込予定日	令和〇年〇月〇日
【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ご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	

7 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：2027年3月中旬