

おきばりやす共済 インフルエンザ予防接種費用補助 要綱

1. 対象者

おきばりやす共済加入者

※申請時におきばりやす共済へ加入されている全ての方。

2. 補助対象期間

2025 年 9 月 1 日から 2026 年 2 月 20 日までに接種された分を対象とします。

既に予防接種が済んでいる方も申請可能です。

3. 補助金額

補助金額は加入口数に応じて下記のとおりです。

加入口数 補助金額

3～5 口 1,000 円

1～2 口 500 円

※補助の支給は年度内お一人につき 1 回限りです。

4. 申請方法

申請は、原則として Google フォームから行ってください。

接種後の領収書の写しを、以下のいずれかの方法でご提出ください。

- **Google アカウントをお持ちの方**
→ Google フォーム内で領収書画像を添付し、送信してください。
- **Google アカウントをお持ちでない方**
→ 領収書画像をメールに添付のうえ、下記アドレスまで送信してください。
【送信先】 info@odakocci.jp

ただし、インターネット環境等の事情により Google フォームでの申請が難しい場合は、紙による申請も受け付けます。

その際は、事務局までお問い合わせください。

5. 申請書類

申請の際は、以下の書類を添付してください。

1. インフルエンザ予防接種費用補助申請書

※Google フォームから申請される場合は、フォーム内の入力内容が申請書に代わるため、提出は不要です。

2. 領収書(コピー可)

以下の項目が明記されているかご確認ください。

- 接種年月日
- 接種費用
- 医療機関名
- 接種を受けた方の氏名(フルネーム)
- 「インフルエンザ予防接種代」など、予防接種費用であることが分かる記載

上記項目を満たさない場合の証明書類(コピー可)

例: 診療明細書、インフルエンザ予防接種済証 など

※Google アカウントをお持ちの方は、フォーム内にて領収書を添付の上、送信(申請)してください。

※Google アカウントをお持ちでない方は、メールに領収書を添付の上、下記アドレスまで送付してください。【送信先】 info@odakocci.jp

6. 申請期限

2026 年 2 月 27 日(金)17:00 まで

※期限を過ぎた申請については、補助できません。

7. 支給方法

おきばりやす共済掛金の引落口座へお振込みいたします。

8. 支給時期

2026 年 3 月

お問い合わせ先

八日市商工会議所 共済係

電話 0748-22-0186