

2026年10月9日

被保険者 各位

帝人グループ健康保険組合

＜ご連絡＞2026年度インフルエンザ予防接種補助申請について

題記の件、下記の通り実施しますのでご案内いたします。
今年度も補助額は2,000円としておりますので、積極的な接種をお願いいたします。

記

1. 対象期間および申請期間

- (1) 対象期間 2026年4月1日(水)～2027年3月31日(水)接種分
- (2) 申請期間 2026年10月15日(木)～2027年1月31日(日)
※2027年2、3月に接種予定の方は4. その他連絡事項・注意事項(3)を参照

2. 対象者および申請方法

- (1) 対象者:接種日時点で帝人グループ健康保険組合に加入している方
- (2) 対象者によって申請方法が異なります。

別紙 1「インフルエンザ予防接種補助金申請方法フロー図」で、ご自身の申請方法を必ずご確認ください。

3. 補助額

予防接種総費用額に対し、上限:2,000円/人・年

4. その他連絡事項・注意事項

- (1) 領収書への必須記載事項の「インフルエンザ予防接種代」の明記がなく、申請不備による返却が散見されますので必ず明記されたものをご提出願います。
具体的な内容は下記の「領収書 サンプル」をご参照ください。
- (2) 帝人診療所で接種した方も健保補助申請が必要です。診療所発行の領収書を処分しないようご注意ください。
会社の集団接種を受けた場合は、会社にご確認ください。
- (3) 2027年2月または3月に接種した方は、紙面申請となります。
※申請〆切:2027年4月5日(月)健保必着

5. 本件照会先および紙による申請書送付先

〒791-8530 愛媛県松山市北吉田町77番地
帝人グループ健康保険組合 岡崎・木村・寺村
TEL:089-972-3651、089-971-1955 (内線 807-2233/2234)
Eメール:kenpo@tejijin.co.jp

以 上

領収書 サンプル(記載事項が鮮明に分かる画像を添付ください)

診療明細・領収書

氏名 健保 太郎 様 患者番号 2189

申請に必要な
必須項目

診療明細 (診療日 令和 3 年 11 月 19 日)		
(11)	初 診	0 点
(12)	再 診	0 点
(13)	医 学 管 理	0 点
(14)	在 宅	0 点
(20)	投 薬	0 点
(30)	注 射	0 点
(40)	処 置	0 点
(50)	手 術	0 点
(50)	麻 酔	0 点
(60)	検 査	0 点
(70)	画 像	0 点
(80)	リハビリテーション	0 点
(80)	精神科専門療法	0 点
(80)	放 射 線 治 療	0 点
(80)	処 方 せ ん 料	0 点
	病 理 診 断	0 点
	介 護 料	0 単位
	計	0 点

一部負担金 0 円
自費(文書料) 0 円
自費(文書料以外) 1,000 円
消費税 0 円
前回未収金 0 円
優待金 0 円
請求額 1,000 円

領収額 1,000 円

上記正に領収しました

発行日 令和 3 年 11 月 19 日
インフルエンザ予防接種代

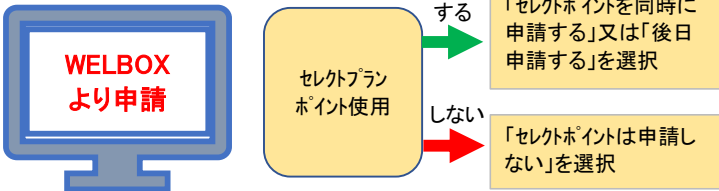
帝人G健保診療所
〒999-0001
愛媛県帝人市健保町 77 番

領収書は再

1つでも欠けていると、受付できませんのでご注意ください

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関が仕入時に負担する消費税が反映されています。

インフルエンザ予防接種補助金申請方法フロー図

対象者			申請方法
① ＜原籍会社が下記＞ ・帝人(株) (樹脂事業本部除く) ・帝人ファーマ(株) ・東邦化工建設(株) ・東邦機械工業(株) ・帝人ヘルスケア(株)	セレクトプラン 適用	接種金額 2,000円 以上	※「WELBOXより申請」で申請の方が、「申請書で申請(紙)」または「KOSMO-Webより申請」で申請した場合、セレクトポイントは使用不可 
		接種金額 2,000円 未満	 ※申請用紙が必要な方は健保ホームページ「申請書ダウンロード」より取得
	セレクトプラン 非適用		 KOSMO-Webリニューアルに伴い、ID・パスワードは下記の通りとなります。 ■ ユーザーID ・旧KOSMO-Webを利用していた方: 同IDのまま利用可能 ・上記以外の方: 2024年9月給与明細または「WEBサービスのご案内」に記載 ■ パスワード ・2026年4月以前の加入者: 記号・番号・西暦生年月日(8桁) ・2026年5月以降の加入者: 「WEBサービスのご案内」に記載のパスワード ※詳しい操作方法は、別紙3をご確認ください。 スマホ・PCをお持ちでなく「KOSMO-Web」が利用できない方は 申請書で申請(紙)
②上記①以外の会社			
③任意継続加入者			

※申請用紙が必要な方は健保ホームページ「申請書ダウンロード」よりダウンロードしてください

「WELBOX」 会員ページからのインフルエンザ予防接種補助申請

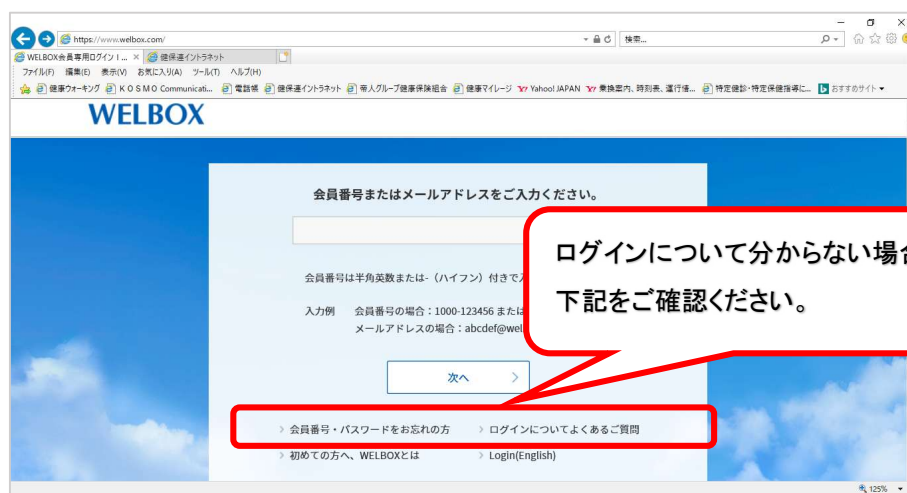
＜対象者＞ 帝人(株)(樹脂事業除く)、帝人ファーマ(株)、東邦化工建設(株)、東邦機械工業(株)、帝人ヘルスケア(株)の原籍者でセレクトプラン適用者(利用可能な方)

※予防接種金額が 2,000 円未満の場合、WELBOX では申請できません。
紙面による申請を行ってください。

上記対象者の方は、WELBOX 会員ページにログインし、以下の手順で申請してください。申請の際は、ページ記載の注意事項をご確認のうえ申請をお願いします。

■ [ログイン] → [ポイント申請/利用状況] → [健保補助金申請専用メニュー] →
[健保補助金申請:インフルエンザ予防接種(被保険者用)] または [(被扶養者用)]を選択。
※申請方法など不明点は、下記までお問合せください。

＜WELBOX 会員ページ ログイン画面＞



＜健保補助金申請専用メニュー画面＞



【問い合わせ先】

会員番号・パスワード 忘れの 問合せ	【株式会社 イーウェル WELBOX センター】 電話 : 0120-964-545 (フリーダイヤル) 営業時間: 全日 10:00~21:00 (年末年始除く)
ポイント申請についての 問合せ	【株式会社 イーウェル カフェテリアセンター】 電話 : 0570-099-088 営業時間: 平日 9:30~18:00 (年末年始除く)



1 KOSMO Webへのログイン

【1】 KOSMO Webへアクセスします

<https://teiinkenpo.portal.kosmo-web.jp/>



【2】 ユーザIDとパスワードを入力しログインします

※初回ログイン時は、利用登録が必要です。
詳細は、「初回ログインマニュアル」をご参照ください。

2 「補助金申請」をクリック





3 「申請する」をクリック

補助金 受給申請

補助金 受給申請

申請名	公開期間	申請期間	
インフルエンザ予防接種補助申請	2026年10月1日 ～ 2027年1月31日	2026年10月2日 ～ 2027年1月31日	申請する

4 説明内容を確認し、制約事項にチェックの上、「申請画面へ」をクリック

インフルエンザ予防接種補助申請

補助対象者	接種日時点で帝人グループ健康保険組合の加入者である事
-------	----------------------------

誓約

以下の項目をすべてチェックの上、申請ください。

- ☐ 1.申請は1回限りです。世帯まとめて申請してください。
- ☐ 2.アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png,gif,pdf」のみとなります。

[申請画面へ](#)

5 申請画面に必要事項の入力・登録を行い、申請



インフルエンザ予防接種費用補助

STEP1 申請者情報入力

被保険者様ご本人の情報をご入力ください。

申請日	2025/09/29
被保険者符号・番号	●-●●●●●●●●
被保険者名	●●●●
被保険者名(カナ)	●●●●
① 電話番号	08012345678 入力例(ハイフンなし半角数字): 08012345678 ● 携帯 ○ 自宅 ○ 会社
メールアドレス	abc@example.com 入力例(半角英数字): abc@example.com

STEP2 必要書類提出方法

必要提出方法をご確認のうえ、STEP3へお進みください。

(今日はボタンの選択は必要ございません。STEP3の各項目への入力へお進みください。)

必要書類提出方法	アップロード
----------	--------

STEP3 申請対象者情報入力

申請する申請対象者について、「申請する」を押下し必要事項をご入力ください。

申請	② 申請しない 申請する		
氏名	●●●●	氏名(カナ)	●●●●
性別	男	生年月日	YYYY/MM/DD
接種日	③ yyyy/mm/dd 日 入力例: 2021年6月1日の場合: 2021/06/01 (全て半角)		
窓口負担額 (領収書金額)	④		円
添付書類	⑤ ファイルを選択してください ファイルを選択 ※アップロード可能な画像は「jpg, jpeg, png, gif, pdf」のみとなります。 ※1枚あたり10MBまでアップロード可能です。 ※PDF形式でアップロードいただく場合、必ず1ファイル1ページでアップロードしてください。 ※画像ページ1ファイルになっているものは審査ができません。 ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみを使用してください。 ※ファイル名にスペースは使用できません。 ※画像の文字が読み取れない・解像度が低かった場合は、再度ご提出いただきます。		

申請	申請しない 申請する		
氏名	●●●●	氏名(カナ)	●●●●
性別	女	生年月日	YYYY/MM/DD

申請	申請しない 申請する		
氏名	●●●●	氏名(カナ)	●●●●
性別	男	生年月日	YYYY/MM/DD

⑥ 申請TOPへ 確認画面へ

①電話番号、メールアドレスを確認(または入力)

②申請対象者の「申請する」を選択

③接種日を入力

実際に接種した日を入力してください。

2回接種の場合は2回目の接種日を入力してください。

④窓口での支払額を入力

実際に窓口で支払った金額を入力してください。(領収書記載金額)

2回接種した場合は合算した金額を入力してください。

⑤領収書を添付

写真又はPDFファイルを添付してください。

(「ファイルを選択」をクリック、領収書の画像ファイルを選択)

※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみを使用してください。

⑥「確認画面へ」をクリック

表示内容を確認し問題なければ

「申請する」をクリック