



インフルエンザ予防接種 補助金申請マニュアル

お問い合わせ先：
「MY HEALTH WEB」ヘルプデスク
(株式会社法研)

電話：03-5213-4467

受付時間：平日 9時00分～17時00分
(土日祝日除く)



目次

1. 補助金申請画面を開く	p.03
2. 補助金申請を行う	
STEP.0 申請画面の表示	p.05
STEP.1 申請者（被保護者）情報の入力	p.06
STEP.2 補助対象者情報の入力（画像アップロード）	p.07
STEP.3 申請の確定	p.09
3. 申請内容を確認・修正する	
申請済み内容の確認	p.11
申請内容の修正	p.12
申請のキャンセル	p.14

1. 補助金申請画面を開く

MYHEALTHWEBにログインし、補助金申請TOP画面を開きます

- ①「MY HEALTH WEB」から「補助金申請
バナー」(a)を選択しクリックします。

※位置やデザインが右図と異なる場合もございます。

(a)



- ②「補助金申請TOP」画面が表示されます。

ここでは補助金申請の内容や申請方法など(b)を確認することができます。

また、申請終了後は申請済みの内容(c)を確認できます。

(b)

インフルエンザ予防接種補助金申請

TOP > 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

補助対象者	被保険者及び被扶養者（年齢制限はありません） ※接種日に被保険者及び被扶養者の資格がある方
補助対象期間	2020年10月1日(木)から2020年12月31日(木)までに受けたインフルエンザ予防接種
補助回数	対象期間内の接種、年度に1人1請求限り ※複数回接種の場合は、複数回をまとめて1度に請求してください
補助金額上限	上限 3,000円（1人あたり）
申請期限	2021年2月1日(月)
申請方法	必要事項を入力し、領収書については、WEB上で画像を貼付するか、または「領収書貼付用紙」をダウンロードして、領収書原本を貼り付けて、委託先（ ）宛てに送付してください
申請書類の提出先	〒 市 農 1-1-1 第1事業所 株式会社

申請画面へ

(c)

申請済みの内容

申請日	補助対象者	支払日	補助金額	
2020/09/18	法研 昌部 1	-	-	申請内容 PDF
2020/09/18	法研 太郎 1	2020/09/19	6,000 円	申請内容

1. 補助金申請画面を開く

《エラー表示一覧》

No.	条件	エラーメッセージ
①	「被保険者以外」が各補助金のTOP画面に進んだ場合	被扶養者の方は、当該機能をご利用いただけません。
②	対象となる人が世帯にいない場合	対象外のため、申請できません。
③	申請期間開始前にアクセスした場合	申請期間前です
④	申請期間終了後にアクセスした場合	申請期間が終了しました
⑤	設定された申請回数を超える申請がある場合 ※ステータスが「却下」または「キャンセル」以外	今季の申請回数上限に達しています
⑥	設定した申請者人数の上限に達していた場合	定員に達したため、申込できません

TOP > 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

被扶養者の方は、当該機能をご利用いただけません。

MYページへ戻る

TOP > 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

補助対象者	被保険者及び被扶養者（年齢制限はありません） ※接種日に被保険者及び被扶養者の資格がある方
補助対象期間	2020年10月1日(木)から2020年12月31日(木)までに受けたインフルエンザ予防接種
補助回数	対象期間内の接種、年度に1人1請求限り ※複数回接種の場合は、複数回をまとめて1度に請求してください
補助金額上限	上限 3,000円（1人あたり）
申請期限	2021年2月1日(月)
申請方法	必要事項を入力し、領収書については、WEB上で画像を貼付するか、または「領収書貼付用紙」をダウンロードして、領収書原本を貼り付けて、委託先（ユークンロジ）宛てに送付してください
申請書類の提出先	〒350-1129 埼玉県川越市大塚1-14-21 川越第1事業所 株式会社ユークンロジ内 株式会社法研

対象外のため、申請できません。

2. 補助金申請を行う

申請画面を開き、補助金申請に必要な情報を入力します。

STEP.0 申請画面の表示

- ①「補助金申請TOP」画面の[申請画面へ](a)をクリックします。

インフルエンザ予防接種補助金申請

TOP > 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

補助対象者	被保険者及び被扶養者（年齢制限はありません） ※接種日に被保険者及び被扶養者の資格がある方
補助対象期間	2020年10月1日(木)から2020年12月31日(木)までに受けたインフルエンザ予防接種
補助回数	対象期間内の接種、年度に1人1回限り ※複数回接種の場合は、複数回をまとめて1度に請求してください
補助金額上限	上限 3,000円（1人あたり）
申請期間	2021年2月1日(月)
申請方法	必要事項を入力し、領収書については、WEB上で画像を貼付するか、または「領収書貼付用紙」をダウンロードして、領収書を貼り付けて、委託先へ宛てに送付してください
申請書類の提出先	〒 〇〇 市 1-1-1 第1事業所 株式会社

(a) [申請画面へ](#)

- ②「補助金申請」画面が表示されます。

インフルエンザ予防接種補助金申請

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	2020/12/24
保険証記号・番号	9999921 - 9999921
被保険者名	テスト 太郎
被保険者名(カナ)	テスト タロウ
所属先電話番号	0312345678 入力例(ハイフンなし・半角数字)：0312345678
その他連絡先電話番号	08012345678 入力例(ハイフンなし・半角数字)：08012345678
メールアドレス	kur.terade@sociohealth.co.jp 入力例(半角英数字)：abc@example.com
ゆうちょ銀行	☐ ※ゆうちょ銀行の場合はチェックを入れ、3桁の店番を支店コードに入力してください。
金融機関コード	 入力例(半角数字)：0000
銀行名	
支店コード	

申請	申請しない	氏名	テスト 太郎	氏名(カナ)	テスト タロウ
性別	男	生年月日	1980/01/08		
資格取得日	2013/10/01	資格喪失日	—		
接種日					
窓口負担額 (領収書金額)	円	医療機関名			
添付書類	ファイルを選択してください ファイルを選択 ※添付書類には下記事項が必ず記載されていること ①領収書の写し（添付した方の個人情報（フルネーム）） ②領収書 ③領収書に「インフルエンザ予防接種」の記載 ※アップロード可能な添付書類は「jpg, png, jpeg, gif」のみとなります。 ※添付ファイルはアップロードで書き込み。 ※添付書類の添付はアップロードで完了です。 ※アップロード時のファイル名は、半角英数字のみを使用してください。 ※画像の文字が読み取れない・ぼやけた状態は、再度ご送信いただけます。				

[補助金申請TOPへ](#) [確認画面へ](#)

2. 補助金申請を行う

STEP. 1 申請者（被保険者）情報の入力

申請者情報入力を行います。

被保険者名（お勤めのご本人）を確認し、各種項目を入力してください。

※[必須]マーク(a)がある項目は、入力がない場合エラー表示されます。

その他連絡先電話番号	必須
メールアドレス	必須
補助金振込口座	必須

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	2020/12/24
保険証記号・番号	9999921・9999921
被保険者名	テスト 太郎
被保険者名(カナ)	テスト タロウ
所属先電話番号	(03)12345678 入力例(ハイフンなし半角数字): 0312345678
その他連絡先電話番号	(080)12345678 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	sociohealth@sociohealth.co.jp 入力例(半角英数字): abc@example.com
補助金振込口座	ゆうちょ銀行 ☐ ※ゆうちょ銀行の場合はチェックを入れ、3桁の口座番号を支店コードに入力してください。 金融機関コード 入力例(半角数字): 0000 銀行名 支店コード 支店名 預金種目 普通 口座番号 入力例(半角数字): 0000000 口座名義(半角カナ) テスト

※画像はイメージです。実際の入力項目とは異なります。

2. 補助金申請を行う

STEP.2 補助対象者情報の入力（画像アップロード）

「申請する」(a)をクリックすると、申請者情報入力フォームが表示されます。各種項目を入力してください。

添付書類欄で、領収書等の画像をアップロードします。

「ファイルを選択」(b)をクリックし、画像を選択、アップロードを行ってください。

※下記注意事項を確認し、画像アップロードを行ってください

- ※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png,gif,PDF」のみとなります。
- ※ファイル名は「半角英数文字」のみ使用できます。
- ※1枚あたり3MBまでアップロード可能です。
- ※アップロード時のファイル名称は、半角英数文字のみを使用してください。
- ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただきます。

STEP3 補助対象者情報入力

申請する補助対象者について、必要事項をご入力ください。

(a)

申請	申請しない 申請する		
氏名	テスト 太郎	氏名(カナ)	テスト タロウ
性別	男	生年月日	1980/01/08

申請	申請しない 申請する		
氏名	テスト 花子	氏名(カナ)	テスト ハナコ
性別	女	生年月日	1988/08/08



申請	申請しない 申請する		
氏名	テスト 太郎	氏名(カナ)	テスト タロウ
性別	男	生年月日	1980/01/08
資格取得日	2013/10/01	資格喪失日	—
振替日			
窓口負担額 (領収書金額)		円	医療機関名
添付書類	(b) ファイルを選択 ファイルを選択してください。 ※領収書には下記事項が必ず明記されていること ※領収書の宛名は申請した方の氏名（フルネーム） ※領収日付 ※領収書に「インフルエンザ予防接種代」 ※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png,gif」のみとなります。 ※ファイル名は「半角英数文字」のみ使用できます。 ※PDFファイルはアップロードできません。 ※1枚あたり3MBまでアップロード可能です。 ※アップロード時のファイル名称は、半角英数文字のみを使用してください。 ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただきます。		

《画像アップロードについて》

画像アップロード後、「削除」「ファイルを変更」「ファイルを追加」ボタンが表示されます。各ボタンから、アップロードした画像の削除、変更、画像ファイルの追加を行うことが可能です。

※画像は20枚までアップロードできます。

ryousyusyo.png

2. 補助金申請を行う

●領収書記載必須事項●

- ①**接種者氏名**：領収書の宛名欄にインフルエンザ予防接種を受けた方のフルネームの記載があること（領収書の宛名は会社名不可）
- ②**接種日**：インフルエンザ予防接種を受けた日（補助対象期間である必要があります）の記載があること
- ③**接種費用**：インフルエンザ予防接種の金額の記載があること
- ④**予防接種名**：「インフルエンザ予防接種」の記載（項目名または但し書き）があること
「インフルエンザ」と明記が必要です。「予防接種費用」「保険外負担金」等詳細が不明な場合はお受けできません。
- ⑤**医療機関名**：インフルエンザ予防接種を受けた医療機関名の記載があること

※領収書に記載がない場合は、追加で領収明細書や母子手帳写し（氏名のページと内容がわかるページ）の画像を追加してください。

不備、不足の連絡は、被保険者のアカウント作成時に登録したメールアドレスあて配信されます。

領収書（例）

領収書		② 〇〇年〇〇月〇〇日
① 健康 太郎 様		
③ ￥		
④ 但し インフルエンザ予防接種代として		
⑤ 東京都〇〇区〇〇町 1-1-1		
〇〇〇病院		印

2. 補助金申請を行う

STEP.3 申請の確定

①必要事項の入力が終了したら、「確認画面へ」(a)をクリックします。

※[補助金申請TOPへ]をクリックすると内容は保存されず「補助金申請TOP」画面に戻ります。

【確認POINT】

- ・申請する接種者情報に間違いや漏れがないか。
- ・「申請する」が青色になっているか。
- ・入力した情報に間違いがないか。

申請	申請しない 申請する			1回目の申請 : 2020-12-24 11:35:00
既に同一の申請内容があります。申請内容をご確認ください。				
氏名	テスト 太郎	氏名(カナ)	テスト 太郎	
性別	男	生年月日	1980/01/08	
資格取得日	2013/10/01	資格喪失日	—	
接種日	2020-11-11			
窓口料負担額 (接種券金額)	1000	医療機関名	テスト病院	
		(a) 確認画面へ		

②確認画面が表示されますので、入力に誤りがないか確認後[申請する](b)をクリックします。

※[修正する]をクリックすると「補助金申請」入力画面に戻ります。

STEP1 申請者情報入力

申請日	2020/12/25
保険証記号・番号	9999921 - 9999921
被保険者名	テスト 太郎
被保険者名(カナ)	テスト 太郎
所属先電話番号	
その他連絡先電話番号	
メールアドレス	sociohealth@sociohealth.co.jp
補助金振込口座	振行タイプ 銀行 金融機関コード 振行名 支店コード 支店名 預金種目 普通 口座番号 口座名義(半角カナ) テスト太郎

STEP2 必要書類提出方法選択

申請方法	郵送
------	----

STEP3 補助対象者情報入力

申請	申請する		
氏名	テスト 太郎	氏名(カナ)	テスト 太郎
性別	男	生年月日	1980/01/08
資格取得日	2013/10/01	資格喪失日	—
接種日	2020/12/01		
窓口負担額 (接種券金額)	1000 円	医療機関名	テスト病院
		(b) 申請する	

《委任状について》

確認画面下部に委任状が表示されます。
[同意する]にチェックを入れなければ
[申請する]をクリックすることはできません。

委任状

かかった費用を請求します。
補助金の受領を所属事業所に委託します。

☐ 同意する

※上記委任状の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。

2. 補助金申請を行う

③申請完了画面が表示されます。

※[補助金申請TOPへ]をクリックすると
「補助金申請TOP」画面へ遷移します。

インフルエンザ予防接種補助金申請

■ 申請完了

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。

受付No. 2001000005

注意事項

申請に不備が無い場合には概ね1ヶ月程度で送金されます。

補助金申請TOPへ

3. 補助金申請を確認・修正する

補助金申請内容の確認や、修正、キャンセル等を行います。

申請済み内容の確認

- ① 補助金申請を行うと、「補助金申請TOP」画面下部に[申請済みの内容]欄が表示され、申請した補助金の履歴が確認できます。

(a)申請日時

申請を行った日が表示されます。

(b)処理状況

「申請中」「キャンセル」「審査中」「却下」「承認」のいずれかが表示されます。

(c)補助対象者

対象者の氏名が表示されます。

(d)補助金額

支払われる補助金額が表示されます。

※支給額が上限に達すると、それ以降は表示されません。

(e)申請内容

クリックすると「申請内容詳細」画面に遷移します。

(f)再申請

申請が却下された場合に表示され、補助金再度申請を行うことができます。

※表示されない場合もございます。

申請済みの内容				
(a) 申請日	(b) 処理状況	(c) 補助対象者	(d) 支払日	(e) 補助金額
2020/09/30	却下	テスト 花子	—	—
2020/09/30	申請中	テスト 太郎	—	—
				(f) 再申請

- ② 一覧から「申請内容」をクリックすると、「補助金申請内容詳細」画面が表示され、申請した際に入力した内容を確認できます。

※処理状況が却下の場合、却下理由(i)も表示されます。

補助金申請内容詳細

処理状況

申請中

申請者情報

申請日

2020/12/24

保険証番号・番号

9999921 - 9999921

被保険者名

テスト 太郎

被保険者名(カナ)

テスト タロウ

所属先電話番号

03-XXXX-XXXX

補助対象者情報

氏名

テスト 太郎

氏名(カナ)

テスト タロウ

性別

男

生年月日

1980/01/08

資格取得日

2013/10/01

資格喪失日

—

申請日

2020/12/01

窓口内額額 (保険者金額)

1000 円

医療機関名

テスト病院

補助金申請TOPへ

修正する

申請キャンセル

補助金申請内容詳細

処理状況

却下

(i) 却下理由

書類不備のため

3. 補助金申請の確認・修正

申請内容の修正

①「補助金申請詳細」画面を開き、画面下部の申請内容(a)をクリックします。

②「修正する」(b)をクリックします。

※処理状況が[申請中]の場合のみ、補助金申請のみ修正を行うことができます。
[承認][却下][キャンセル][審査中]の場合、[修正する](b)ボタンは表示されません。

申請済みの内容				
申請日	補助対象者	支払日	補助金額	
2020/09/30	テスト 花子	—	—	申請内容 再申請
2020/09/30	テスト 太郎	—	—	(a) 申請内容 PDF
申請中				



補助金申請内容詳細

処理状況

申請中

申請者情報

申請日

2020/12/24

保険証番号・番号

9999921 - 9999921

被保険者名

テスト 太郎

被保険者名(カナ)

テスト タロウ

補助対象者情報

氏名

テスト 太郎

氏名(カナ)

テスト タロウ

性別

男

生年月日

1980/01/08

資格取得日

2013/10/01

資格喪失日

—

申請日

2020/12/01

窓口負担額
(徴収者金額)

1000 円

医療機関名

テスト病院

補助金申請TOPへ

(b) [修正する](#)

[申請キャンセル](#)

③補助金申請入力画面に遷移しますので、内容の修正後、[確認画面へ](c)をクリックします。

※[詳細へ戻る]をクリックすると、修正内容は保存されず、「補助金申請詳細」画面へ遷移します。

TOP > インフルエンザ予防接種補助金申請 > 入力画面

インフルエンザ予防接種補助金申請

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

2020/12/24

保険証番号・番号

9999921 - 9999921

被保険者名

テスト 太郎

被保険者名(カナ)

テスト タロウ

所属先電話番号

0312345678
入力欄(ハイフンなしで入力) : 0312345678

その他連絡先電話番号

08012345678
入力欄(ハイフンなしで入力) : 08012345678

☒ 携帯
☐ 自宅
☐ 会社

メールアドレス

sociohealth@sociohealth.co.jp
入力欄(半角英数字) :

STEP2 必要書類

領収書の提出方法をご選択ください。

必要書類提出方法

アップロード

[選択](#)

STEP3 補助対象者情報入力

申請する補助対象者について、必要事項をご入力ください。

申請

申請しない

[申請する](#)

氏名

テスト 太郎

氏名(カナ)

テスト タロウ

性別

男

生年月日

1980/01/08

資格取得日

2013/10/01

資格喪失日

—

申請日

2020-12-01

窓口負担額
(徴収者金額)

1000 円

医療機関名

テスト病院

詳細へ戻る

(c) [確認画面へ](#)

3. 補助金申請の確認・修正

- ③「補助金申請確認」画面が表示されますので、
内容の確認後、[申請する](c)をクリックします。

STEP1 申請者情報入力

申請日	2020/12/25
保険証記号・番号	9999921・9999921
被保険者名	テスト 太郎
被保険者名(カナ)	テスト 太郎
所属先電話番号	
その他連絡先電話番号	
メールアドレス	sociohealth@sociohealth.co.jp
補助金振込口座	銀行タイプ 銀行 金融機関コード 銀行名 支店コード 支店名 預金種目 普通 口座番号 口座名義(半角カナ) テスト太郎

STEP2 必要書類提出方法選択

申請方法	郵送
------	----

STEP3 補助対象者情報入力

申請	申請する		
氏名	テスト 太郎	氏名(カナ)	テスト 太郎
性別	男	生年月日	1980/01/08
資格取得日	2013/10/01	資格喪失日	—
申請日	2020/12/01		
お申し込み額 (お申込金額)	1000 円	お申込理由	テスト実施

(c)

修正する 申請する

申請する

3. 補助金申請の確認・修正

申請のキャンセル

- ①「補助金申請詳細」画面を開き、画面下部の[申請キャンセル](a)をクリックします。

※処理状況が[申請中]の場合のみ、補助金申請のみキャンセルを行うことができます。
[承認][却下][キャンセル][審査中]の場合、[修正する]ボタンは表示されません。

申請済みの内容				
申請日	補助対象者	支払日	補助金額	
2020/09/30	テスト 花子	—	—	申請内容 再申請
却下				
2020/09/30	テスト 太郎	—	—	申請内容 PDF
申請中				



補助金申請内容詳細

処理状況

申請中

申請者情報

申請日	2020/12/24
保険証番号・番号	99999921 - 99999921
被保険者名	テスト 太郎
被保険者名(カナ)	テスト 太郎
所属医療機関	

補助対象者情報

氏名	テスト 太郎	氏名(カナ)	テスト 太郎
性別	男	生年月日	1980/01/08
資格取得日	2013/10/01	資格喪失日	—
稼働日	2020/12/01		
窓口負担額 (徴収済金額)	1000 円	医療機関名	テスト病院

補助金申請TOPへ

修正する

(a) [申請キャンセル](#)



- ②確認ダイアログが表示されますので、[OK](b)をクリックします。

※1度キャンセルすると、再度内容の修正を行うことはできませんのでご注意ください。

.mhweb.jp の内容

申請をキャンセルします。よろしいですか？

(b) [OK](#)

[キャンセル](#)



お問い合わせ先

本申請に関するお問い合わせは下記ヘルプデスクへお願いいたします。

「MY HEALTH WEB」ヘルプデスク
(株式会社法研)

電話：03-5213-4467

受付時間：平日 9時00分～17時00分（土日祝日除く）

