

1. 申請入力ページを開く

①被保険者(従業員)のアカウントでログインする 補助対象のお子様が扶養家族にいる人のみ、申請ボタンが表示されます。 被扶養配偶者のアカウントでは表示されません。

スマートフォン	パソコン	
		22 00-25-16 ンリーさん ログアウト
6,400 mm またかられる 新会社のないたられ ののの一部での ののの のののの ののの ののの のののの ののの ののの	Extraction Extract	● スタークス スタークス ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・
		AL ALL ALL ALL ALL ALL ALL ALL ALL ALL ALL
(107−143£)		

②補助金申請一覧 の説明を読み、「申請する」を押す



☆ページトップに戻る



1. 申請入力ページを開く

③補助金申請 申請書選択画面で、「インフルエンザ予防接種費用補助金申請」の「申請書入力」を押す

	- 					
	補	助金甲請 甲詞 ^{金申請の申請書を選択できま}	請書選択 ^{:•,}			
	一覧の申請書入力ポタ	ンをクリックしてください。				
						中大?
		申請書名		調	切日時	文字サイズ ヘルプ
	インフルエンザ予防接続	重費用補助金申請		202	3/2/12	申請自入力
	へページトップに戻る					一覧へ戻る
	X-21971240					
④補助金申	∃請 入ナ	っ面面が開	<			
			·			あなたの確康づくりを応用します
	D's	ぽーたる		前回ログィ	(ン日時 2022/09/06 17:35:26 ドラご子 デンパー さん	テンソー健康保険組合 DEVEO HEALTH INDUMANEL SOCIETT ログアウト
	Home	医療費のお知らせ	健診結果	健康情報誌	健康記録	健保組合からのお知らせ
	رص _ا	ᆇᄜᅀᇚᆂᆞ	1 -4-			
		補助金申請の入力を行えます	ヘ 刀 **			
						中大?
			インフルエンザ予防	接種費用補助金申請		文字サイズ ヘルプ
		2007年4月2日〜2022年4 インフルエンザ予防接種の	月1日生まれの扶養家族()費用補助を行います。	の方に対し、		
		◆対象ワクチン:厚生労働◆補助金額:上限2,000P	始省承認ワクチン(注射式 9/人	:) のみ		
		 ※1.2回接種の場合は ※2.自治体からの助成 ◆領収証の画像は、申請者 	1回分のみ、2,000円未満 乾がある場合は、自治体の 皆お一人ずつ必要となりま	の場合は実費を補助します。 助成を利用した後の残金す す。	す。 を申請してください。	
		计象声结构				
		対象者 *		~		
		医療機関名 * 接種日 *	西暦	年、月、日日		
		窓口支払請 領収書	アップロード	円		
		連絡欄 自治体からの助成が、副	医療機関窓口で減額されす	*、申請後支給される場合(は、自治体名と助成額をご認	22<
		1220% (M) 00h	1,0004			A
						~
		次の対象者を入力	Ĩ.			
			1 - 由由完全16-17-1	101412 January -	z	
	ページトップ	に戻る	入り内西を確認する	建水画面八味	ca -	
	Home	医療費のお知らせ	健診結果	健康情報誌	健康記録	健保組合からのお知らせ

★ スマートフォンやパソコンから補助金申請する方法 ★

2. 補助金申請 入力

①対象者のプルダウンから、接種したお子様を選択

- ②接種した医療機関名を入力
- ③接種した日付をプルダウンから選択、またはカレンダーから選択
- ④窓口で金額を入力

2回分をま支払ったとめて支払った場合は、1回分の料金を記入

⑤自治体からの助成が、病院会計窓口で減額されず、申請後支給される場合は、自 治体名と助成額を記入(減額される場合は、記入不要)

D's	ぽーたる		前回ログ	イン日時 2022/09/06 17:3 ようこそ デンソー マ	あなたの健康づくりを改通します デンソー健康保険組合 2019/30 H (ZALTY) HOLMANACE BOORTY 5:26 ログアウト
Home	医療費のお知らせ	健診結果	健康情報誌	健康記録	健保組合からのお知らせ
	補助金申請 補助金申請の入力を行えま	入力 _{1.}			
		インフルエンザス	防控孫费用斌助全由誌		中大 ?? 文字サイズ ヘルプ
	2007年4月2日~2022年 インフルエンザ予防接種 ◆対象ワクチン:厚生労 ◆補助金額: 上限2,000	4月1日生まれの扶養家が の費用補助を行います。 勤省承認ワクチン(注射 円/人	(式) のみ	> 予防	接種をされたお子様を選択
	 ※1.2回接種の場合は ※2.自治体からの助 ◆領収証の画像は、申請 	は1回分のみ 、2,000円未 或がある場合は、 <mark>自治体</mark> 者お−人ずつ必要となり	※満の場合は実費を補助しま の助成を利用した後の残金 ます。	きす。 を申請してく)	医療法人〇〇」等は省略可
	対象者情報				
	対象者 医療機関名 接種日 窓口支払額	西暦		 	接種日を入力
	_頃 収書 連絡欄 自治体からの助成が、 ださい。(例)〇〇市	アップロード 医療機関窓口で減額され 1,000円	す、申請後支給される場合	実際に	支払った金額を入力
	次の対象者を入力		•	自治(給する 額を調	本からの助成を償還払いにより受 5場合のみ、自治体名と助成金 2入
ページトップ	に戻る	入力内容を確認す	る選択画面へら	हरु	
Home	医療費のお知らせ	健診結果	健康情報誌	健康記録	健保組合からのお知らせ



3. 領収書の画像をアップロード (領収書についてはp.8参照)

①補助金申請 入力にある、「アップロード」を押す

D's	ぽーたる				デンソー健康保険組合 DENSO NEALTH INSURANCE SOCIETY
_			前回口久	パン日時2022/09/0617:35:2 ようこそ デンソー さん	16 ログアウト
ome	医療費のお知らせ	健診結果	健康情報誌	健康記録	健保組合からのお知らせ
	補助全由請	<u>አ</u> ታ			
Ľ	補助金申請の入力を行えま	ブヘノノ す。			
					中大?
		インフルエンザ予	防接種費用補助金申請	l	X791X 100
	2007年4月2日~2022年 インフルエンザ予防接種	4月1日生まれの扶養家 の費用補助を行います。	族の方に対し、		
	 ◆対象ワクチン:厚生労 ◆ 増助へ携・上型2000 	働省承認ワクチン(注身	1式)のみ		
	◆ 備助金額: 上限2,000 ※1,2回接種の場合 ※2,自治体からの助	10/へ は1回分のみ、2,000円月 成がある場合は、自治4	k満の場合は実費を補助しま の助成を利用した後の建る	ます。 全 を申請してください。	
	◆領収証の画像は、申請	者お一人ずつ必要となり)ます。		
	対象者情報				
	対象者 *		~		
	医療機關名*				
	接種日*	西暦	✔ 年 ♥ 月 ♥ 日	1 📾	
	窓口支払額*		B		
	領収書*	アップロート			
	連絡欄				
	自治体からの助成が、	医療機関窓口で減額され	1ず、申請後支給される場合	合は、自治体名と助成額をこ	ご記入く
	1201: (171) OOM	1,000			*
		_			
	次の対象者を入力				
		入力内容を確認す	る選択画面へ	戻る	
at sthered	1-57				
ペーシャップ	に戻る				

②パソコンで申請の場合は、保存してある領収書※の画像を選択

スマートフォンで申請の場合は、「カメラ」「写真を撮る」を選択、撮影し、アップロード する。すでに撮影済みの場合は、ファイルから選択する。

注意事項

Oアップロードする画像について 領収書の画像ファイルは、拡張子が、jpg,Jpeg,gif,png,のいずれかでファイ ルサイズが10MB以内のファイルをアップロードしてください。



3. 領収書の画像をアップロード (領収書についてはp.8参照)

③領収書の画像が表示されたら、不鮮明でないか確認し、「入力内容を確認する」 を押す

複数の申請をする場合は、「次の対象者を入力」を押すと、続けて次の対象者の入力ができる(複数入力画面については、p.9参照)

		中大? 文字サイズ ヘルプ
2007年4月2日~2022年4	インフルエンサテ約接種資用備助金甲酮 テスト 月1日生まれの扶養家族の方に対し、	
インフルエンザ予防接種の	費用補助を行います。	
 ◆対象ワクチン:厚生労働 ◆補助金額:上環2,000円 ※1.2回接穩の場合は1 ※2.自治体からの助成 ◆領収証の画像は、申請者 	省承認ワクチン(注射式)のみ /人 回分のみ、2,000円未満の場合は実費を補助します。 がある場合は、 <u>自治体の助成を利用した後の残金</u> を申請してください。 おー人ずつ必要となります。	
対象者情報	Non-constant of the second	
対象者*	デンソーはな子 🗸	
医療機関名 *	あいうえお医院	画像か、上下迎さまになつ
没程口 *	西暦 2022 ◆ 年 10 ◆ 月 3 ◆ 日 圖	,│ たり、左右に回転して表示
- 開社文口は		ても、そのままで大丈夫
連絡欄 自治体からの助成が、医 ださい。(例)〇〇市	#### #### #### ##### ####################################	

☆ページトップに戻る

不鮮明であった場合は、「削除」を押し、画像を一旦削除し、新たに画像を撮り直して、アップロードする。



4. 申請確認

①確認画面で、確認し、問題なければ、「申請する」を押す。

			中大⑦
		インフルエンザ予防接種費用補助金申請 テスト	X+94X 1000
	2007年4月2日~2022年4	4月1日生まれの扶養家族の方に対し、	
	インフルエンザ予防报種の	D費用補助を行います。	
	◆対象ワクチン:厚生労働 ◆補助会話:上開2,000P	勧省承認ワクチン(注射式)のみ ロ/人	
	※1.2回接種の場合は 2.2019年の場合は	1回分のみ、2,000円未満の場合は実質を補助します。	
	※2、自治体からの助か ●領収証の画像は、申請者	Sかめる場合は、自然体の創成を利用した機の残酷を平庸してくたさい。 各お一人ずつ必要となります。	
	対象者情報		1
	对承者"	デンリーはな子 〜	
	医療機関名 *	あいうえお医院	
	报稿日*	西暦 2022 × 年 10 × 月 3 × 日	
	窓口支払頭 *	4000 円	
	10-1X 查 *	朝收書 1.png	
		Renalization Contraction	
		0.00 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
		A. 6 B. 1 BARRET	
		A	
		. 80.00	
		10 X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	
		AND TRANSPORT OF TRANSPORT	
		4.000] A.000	
	遗稿欄		
	自治体からの動成が、 ださい。(例) 〇〇市	医療機関窓口で減額されず、申請後支給される場合は、自治体名と助成額をご記入。 1、000円	
		*	
		4	
		申請する 定る	
		And the second sec	
ページトップに	「戻る」		
lome	医療費のお知らせ	教訓結果 使康情報法 使康记操 假	保紹合からのお知らせ
onto	ISSUED ALLO C	BERRINGS BERRICHE DE	NORTEN SOUSALS IS

②申請が完了したら、申請番号が、申請対象者1人に1つ付与される

補助金申請完了	
インフルエンザ予防接種費用補助金申請	世 区 の
インフルエンザ予防接導費用補助金申請 テスト の申請が完了しました。 デンソー健康保険組合で、申請内容を確認し、補助合支給を決定いたしますので、数日お待ちください。 申請内容に不備があった場合は、ぼーたる登録メールアドレスへ連括させていただきます。	
申請目時 2022/09/07 15-21	
申請借約 2203000005	

☆ページトップに探る



4. 申請確認

③D's ぽーたる登録メールアドレスへ、申請受付の連絡が届く

■□ インフルエンザ予防接種費用補助金申請 申請受付のご案内 □■
 デンソー健康保険組合です。
 インフルエンザ予防接種費用補助金申請 の申請を受け付けました。
 申請番号:220300005
 デンソー健康保険組合で、申請内容を確認し、補助金支給を決定いたします。
 以下の URL (こアクセスし、申請内容や進捗をご確認いただけます。
 https://www1.denso-kenpo.or.ip/kw21cu/user/hokenJigvohiShinsei/hokenJigvohiShinseiList.isf
 申請内容に不備があった場合は、ぼーたる登録メールアドレスへ連絡させていただきます。
 ※本メールに覚えがない場合は、大変お手数ですが本メールを破棄してください。
 ※本メールには返信できませんのでご了承願います。

デンソー健康保険組合

5. 申請の進捗状況を確認

「補助金申請一覧」で、進捗状況を確認

Ľ	補助金申請の一覧を表示します。				
インフルエン 対象者:生後 対象ワクチン 上記対象者お。	ゲ浦助金申請の受付を開始します。 5か月以上、中学生以下の扶養家族 : インフルエンザワクチン(厚生労働省洋 よび対象ワクチン以外の申請は、受理でき	(認ワクチン(注射式)σ (ません。) 7 7)		
補助金申請に(は領収書の画像が必要です。 音のト「申請すス」ボタンをクロックレス	ください			
市時された場		海供な障碍のキュオ			
中間に行いる場合	コル、ビルバーンの下部に一見で扱示され	、 唯19727年66 (2359。			
					中大?
		申請する			sector en anter (1997)
				1/4~1/4	(会1件) (() 1)))
申請履歴				1件~1件	(± 14) \ll \langle 1 \rangle \gg
申請履歴 申請番号	申請書名	申請日時	対象看名	1件~1件	(全1件) 《 〈 1 〉 》 不受壇環由

申請状況の表示区分

申請済み	申請登録は完了 健康保険組合での処理前
処理中	健康保険組合での処理の途中
受理	補助金の支給が決定
不受理	不備ありのため支給不可理由を確認し、再申請が必要



6. 登録済みの申請内容を修正(申請状況が「申請済み」時のみ修正可)

①補助金申請一覧を開く

②修正したい申請番号の申請書名をクリック

インフルエンザ補助会申请の受付を開始します。 対象者:生後6か月以上、中学生以下の推薦家族 対象ワクチン:インフルエンザワクチン(厚生労働省承認ワクチン(注射式)のみ) 上記対象者および対象ワクチン以外の中編は、受理できません。
補助金申請には傷収費の画像が必要です。 申請前にご用題の上「申請する」ボタンをクリックしてください。
申請された場合は、このページの下部に一覧で表示され、進歩を確認できます。
中請する 中請する
1件~1件 (全1件) 🔍 🗧 1 🚿
申請職任 申請書名 負請目時 対象者名 申請状況 不受理理由 220300.VS インフルエンゲ予防接暖費用補助金申 2023/00.07 15:21 デンソーはな子 申请決み
1件~1件 (金1件) 《 《 1 > 》
③補助金申請確認画面が開いたら、「修正する」を押す
補助金申請 確認 細的金申請の確認を行えます。
中 内 ② 文字サイズ へルプ
中語番号 中語日 中語状況 不受現理由 2207000014 2022/09/26 19:12 中語済み
中語番号 中語日 中語化 不受理理由 2207000014 2022/09/26 19:12 中語済み インフルエンザ予防接種費用補助金申請書 テスト4回目
中請番号 中請日 申請比加 不受理理由 2207000014 2022/09/26 19:12 申請済み インフルエング予防接種費用補助金申請書 テスト4回目 2007年4月2日~2022年4月1日生まれの決策系態の方に対し、 インコルエング予防接種費用補助金申請書 テスト4回目
中議員 申請比 申請状況 不受現理由 2207000014 2022/09/26 19:12 申請済み ・ ・ 中請第次 ・
中価報告 中価化 中価状況 不受考望内 シーレン 立20700001 2022/09/26 19:12 申請済み
使用 中期日 中期状況 不受理理由 2207000014 2022/09/26 19:12 申請済み 2027000014 2022/09/26 19:12 申請済み ムンレンンサン防防接種費用補助金申請書 テスト4回目 2007年4月2日~2022年4月1日生まれの状態素板の方に対し、 インルエンサンザ物接触の費用補助を行います。 2007年4月2日~2022年4月1日生まれの状態素板の方に対し、 インルエンサンザ物接触の費用補助を行います。 ・計算時間の量には多りのかり、2000円未満の場合は実質を補助します。 ・ ・注意時間の少しのかが、2000円未満の場合は実質を補助します。 ・ ・目的はないらの感覚がある場合は、自身はの必然覚を利用した彼の強賞を申請してください。 ・ ・日期時期 2023年2月12日 第1日生 第1日生 第1日生 第1日生
Provided Provi

④補助金申請入力画面が開いたら、修正し、「入力内容を確認する」を押す ⑤補助金申請確認画面が開いたら、「申請する」を押す

※「不受理」の通知が届いたら、不受理理由を確認し、再度申請書を新規 (I-2から)に登録してください。



7. 登録済みの申請内容を取り消す(申請状況が「申請済み」時のみ削除可)

①補助金申請一覧を開く

②取り消ししたい申請番号の申請書名をクリック

	前 助金申請 ^{補助金申請の一覧を表示}	5 一覧							
	インフルエンザ補助金申請の受付を開始し 対象者:生後6か月以上、中学生以下の扶 対象ワクチン:インフルエンザワクチン(上記対象者および対象ワクチン以外の申請	ます。 <mark>養泰族</mark> 潭生労働省承認ワクチン(? 1は、受理できません。	主射式)のみ)						
	補助金申請には領収書の画像が必要です。 申請前にご用意の上「申請する」ボタンを	クリックしてください。							
	申請された場合は、このページの下部に一	·覧で表示され、進捗を確認'	できます。						
					ф	* ?			
		申請する			文字サ	the AND			
				160-	141 (@141)	1			
ф;	諸版歷			+17	*IT (±*IT)	• • «			
	申請番号 申請書名 22030(205) インフルエンザ予防接種費	書請目 期補助金申 2022/09/	時 15:21 デ	対象者名 申請状況	不受理理由				
	請-	and a		77 (d/d)					
				1件~	1件 (金1件)	1 > >			
⊘→≠□+∠		ᠴᠴᠴᠴᢣ᠉ᡦ	387 \	н р Гж		ı <i>≁.</i> ∔œ-	+		
③桶助金	空中,前唯認	画面から	用い	にり、1月	川际 9 つ	」を押り	9		
Γ	🥻 補助金申詞	青確認							
	補助金申請の確認を行	えます。							
						中大?)		
						文字サイズ へし	7		
	申請番号 2203000009	申請日 2022/11/13 10:25	申請钬況	不受理 領収書に不備があります	理由	8			
	2007年4月2日 - 2	インフルエン5	f予防接種す	专用補助金申請 1					
	2007年4月2日~20 インフルエンザ予算	522年4月1日主より1055年 5接種の費用補助を行いま	素水(HUU)カ(L) (す。						
	 ◆対象ワクチン:馬 ◆ 補助金額:上限2 	『生労働省承認ワクチン(2,000円/人	注射式)のみ	6					
	※1.2回接種の※2.目治体から	<mark>場合は1回分のみ、2,000</mark> 5の助成がある場合は、目)円未満の場合 治体の助成を	は実費を補助します。 利用した後の残金を申請し	てください。				
	◆領収証の画像は、	申請者お一人ずつ必要と	なります。						
	対象者情報								
	対象者 *	デンソーはな	i₹ ~						
	医療機関名 *	あいうえ	お医院	0 8 24 0 8					
	窓口支払額*	202	4000 円	* <i>H</i> 24 * H					
	領収書 *	領収書1.	jpg						
	連絡欄 自治体からの助	式が、医療機開窓口で減都	iされず、申請	賤支給される場合は、自治	本名と助成額をご記入く				
	ださい。(例)(20市 1,000円			*				
					*				
	n.				10				
		修正する	削除す	3	E a				
_				•					
④「この目	目請を削除し	してもよる	361	いですか	? 1という	うメッセ・	ージがて	☆たら、 [(JK Iを押す



★ スマートフォンやパソコンから補助金申請する方法 ✔

※領収書について

①~⑤の項目が記載されている領収書を受け取る



〇自治体からの助成がある場合

併用可能。自治体からの助成があり、病院会計窓口で減額される場合は、 減額後の金額の領収書をもらってください。

○2回接種のお子様分をまとめて支払った場合 領収書の金額が、2回分の合計金額で発行されていた場合、「2回分」と追 記してもらってください。

○領収書にインフルエンザ代金と記載がなかった場合 領収書に名目が記載されていないが、明細書に記載されている場合は、領収 書と明細書を並べて写真を撮っていただければ、申請受理いたします。

〇接種日と領収書発行日が異なる場合 領収書に接種日を必ず記載してもらってください。9月30日以前、2月1日 以降の接種分は、補助対象外です。



【参考】 複数申請するため、「次の対象者を入力」を押した場合

インフルエンザ予防接種費用補助金申請 テスト

文字サイズ ヘルプ

2007年4月2日~2022年4月1日生まれの扶養家族の方に対し、 インフルエンザ予防接種の費用補助を行います。

- ◆対象ワクチン:厚生労働省承認ワクチン(注射式)のみ
- ◆補助金額:上限2,000円/人
- ※1.2回接種の場合は1回分のみ、2,000円未満の場合は実費を補助します。
- ※2. 目治体からの動成がある場合は、目治体の動成を利用した後の残金を申請してください。
- ◆領収証の画像は、申請者お一人ずつ必要となります。

対象者情報

	5山文仏観 * 戦攻戦 *	4000 円 領収費1.tog
		Sources Sources Sources Sources A.M. B.M. Masses Model
		00 A.B. 312312 A.B. 31E A.F. A.F. 35668
		1000 000 0000 0000 000 000 000 000
		X X X 200550 - X X X X 200550 - X X X X X 200550 - X X X X X 200550 - X X X X X X X X X X X X X X X X X X
become a subscription of the subscription of t		CARLEN ALLEY
		benarred warmache warde concernant dearres.
	治体からの動成が、医	療機開窓口で減額されず、申請後支給される場合は、目治体名と助成額をご記り

刘亲者情暇

对政者 *	~	
医療機勝名 =		
接種日 *	西暦 ()年()月()日世	
8口支払額 =	一 円	
順収書 *	アップロード	
連絡欄 自治体からの動成が、	E療機関窓口で減額されず、申請後支給される場合は、自治体名とJ	助成額をご記入
電絡欄 自治体からの動成が、 ださい。(例)〇〇市	■療機関窓口で減額されず、申請後支給される場合は、自治体名と! 1, 000円	助成額をご記入
連絡欄 自治体からの助成が、 ださい。(例)〇〇市	E療機関窓口で減額されず、申請後支給される場合は、自治体名と 1, 000円	助成額をご記入
連絡欄 自治体からの動成が、 ださい。(例)〇〇市	■原機関窓口で減額されず、申請後支給される場合は、目治体名と! 1, 000円	助成額をご記入
連絡機 自治体からの動成が、 ださい。(例)〇〇市	■療機関窓口で減額されず、申請後支給される場合は、自治体名と 1, 000円	助成額をご記入

次の対象者を入力

入力内容を確認する
違択画面へ戻る