



利用者画面
補助金申請マニュアル（共通版）
インフルエンザ予防接種補助申請マニュアル



旭化成健康保険組合

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（被保険者）情報の入力 | p.06 |
| STEP.2 必要書類提出方法の選択 | p.06 |
| STEP.3-1 補助対象者情報の入力（アップロード） | p.07 |
| STEP.3-2 補助対象者情報の入力（郵送） | p.08 |
| STEP.4 申請の確定 | p.09 |
| <small>※旭化成健康保険組合では、「STEP.3-2 補助対象者情報の入力（郵送）」の機能はございません</small> | |
| 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 |
| 4. 追加の申請を行う | p.15 |

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

ここにテキストを入

- 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。

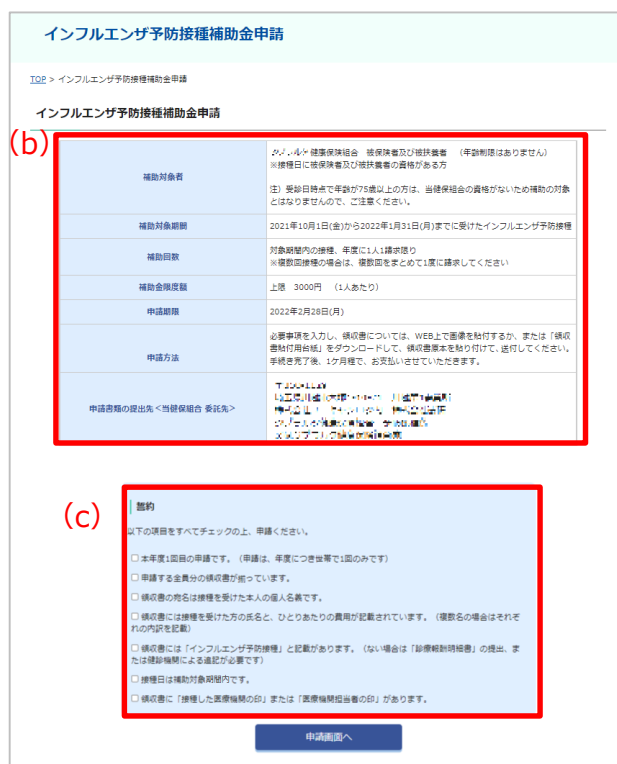


2 「補助金申請」トップ画面が表示されます。

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。

※「誓約」項目が表示される場合、すべての項目に✓をしないと申請ができません。

また、申請終了後は申請済みの内容(d)を確認できます。



(d) 申請済みの内容

| 申請日 | 補助対象者 | 支払日 | 補助金額 | |
|------------|-------|-----|------|------|
| 始発状況 | | | | |
| 2021/09/09 | 健康 太郎 | - | - | 申請内容 |
| 承認 | | | | |
| 2021/09/09 | 健康 花子 | - | - | 申請内容 |
| 申請中 | | | | |

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。 被保険者の方が被扶養者分の申請を行うことができます。 |
| 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（開始日）」が現在よりも未来の場合 | 申請期間前です |
| ④ | 「申請期間（終了日）」が現在よりも過去の場合 | 申請期間が終了しました |
| ⑤ | 管理者画面で設定し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。
被保険者の方が被扶養者分の申請を行うことができます。

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 | 〇〇健康保険組合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 | 2021年10月1日から2022年1月31日までを受けたインフルエンザ予防接種 |
| 補助回数 | 対象期間内の接種について年度1人1回限り ※13歳未満で2回接種が必要な場合は2回分補助します。 ※接種金額が補助金額を下回る場合は、接種金額までの補助となります。 |
| 補助金額上限 | 1人あたり上限2,300円(1回) |
| 申請期限 | 2022年2月28日※必着 |
| 申請方法 | WEB申請：必要事項を入力し、領収書を添付添付して申請してください。 紙申請：必要事項を入力し、申請書を印刷、領収書を添付して健康管理Sへ送付してください。 |
| 申請書類の提出先 | 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇1-〇1-3 〇〇センター 〇〇健康保険組合 〇〇グループ |

今季の申請回数上限に達しています

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。

※追加申請をする場合には、p.15をご参照ください。

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回を限り ※複数回接種の場合は、複数回をまとめて1回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 | 必ず事項を入力し、領収書については、WEB上で画像を貼付するか、または「領収書貼付用台紙」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 | 〒 - - 県 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 | 2021/11/09 |
| 保険証記号・番号 | 99999999 - 99999999 |
| 被保険者名 | テスト 太郎 |
| 被保険者名(カナ) | テスト タロウ |
| 郵便先 (会社名、支店名、事業所名等) | |
| その他連絡先電話番号 | 入力例(ハイフンなし(半角数字)): 08012345678 <input checked="" type="radio"/> 携帯 <input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 会社 |
| メールアドレス | 入力例(半角数字): abc@example.com |
| ゆうちょ銀行 | <input type="checkbox"/> 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 <input type="button" value="検索"/> |
| 銀行名 | |

| | | | |
|------------------|---|--------|------------|
| 申請 | 申請した日 | | |
| 氏名 | テスト 太郎 | 氏名(カナ) | テスト タロウ |
| 性別 | 男 | 生年月日 | 1990/01/08 |
| 資格取得日 | 2013/10/01 | | |
| 接種日 | <input type="checkbox"/> | | |
| 窓口負担額 (領収書金額) | | 円 | 医療機関名 |
| 添付書類 | <input type="button" value="ファイルを選択"/> 領収書には以下の記載が必要です。 不足している場合には、捺印した領収書と合わせて記載をお願いします。 ・領収書名(フルネー)① ・接種日 ・接種医療機関名 ・疾患名 ・接種日 ・インフルエンザ予防接種代であること ※アップロード可能な画像は「jpg/png/svg/pdf」のみとなります。 ※1枚あたり3MBまでアップロード可能です。 ※アップロードしたファイル名は、半角英数字のみを使用してください。 ※重要な文字の読み取りが、極力正確であった場合は、再度ご提出いただきます。 | | |

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 | 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 | sociohealth@sociohealth.co.jp 入力例(半角英数字)：socioexample.com |
| 補助金振込口座 | ゆうちょ銀行 <input type="checkbox"/> ※ゆうちょ銀行の場合はチェックを入れ、別の金融機関を金融コードに入力してください。 金融機関コード <input type="text"/> 入力例(半角数字)：0000 銀行名 <input type="text"/> 支店コード <input type="text"/> 支店名 <input type="text"/> 預金種目 <input type="text" value="普通"/> 口座番号 <input type="text"/> 入力例(半角数字)：0000000 口座名義(半角カナ) <input type="text"/> |

(a) →

STEP.2 必要書類提出方法の選択

必要書類提出方法選択を行います。

必要書類の提出方法を選択してください。
「アップロード」「郵送」から選択できます。

必要書類提出方法により、入力内容が異なります。
詳細はSTEP3(p.7)をご確認ください。

※領収書提出方法が選択できない場合もございます。

STEP2 必要書類提出方法選択

領収書の提出方法をご選択ください。

必要書類提出方法

STEP2 必要書類提出方法選択

領収書の提出方法をご選択ください。

必要書類提出方法

※ご注意：旭化成旭化成健康保険組合の場合、「郵送」のボタンはございません

2. 補助金申請を行う

STEP.3-1 補助対象者情報の入力（画像アップロードの場合）

「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。

[STEP2 必要書類提出方法]で「アップロード」を選択した場合、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。
- ※PDFファイルをアップロードする場合は、1ファイルずつアップロード可能です。
- ※ファイル名は「半角英数字」のみ使用できます。
- ※1枚あたり10MB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、再度ご提出いただけます。

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。

| | | | | | | |
|----|--------|--------|------------|----------|--|--|
| 申請 | 申請しない | | | 申請する (a) | | |
| 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 花子 | | | |
| 性別 | 女 | 生年月日 | 1988/08/08 | | | |



申請

| | | | | | | |
|-------|------------|--------|------------|------|--|--|
| 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 | 1974/12/16 | | | |
| 資格取得日 | 2013/11/01 | 資格喪失日 | - | | | |

申請日

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） 円 医療機関名

添付書類 (b)

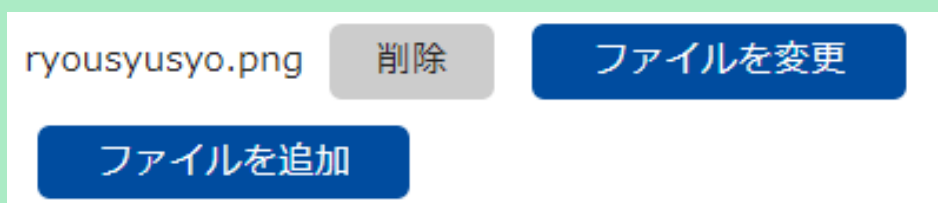
ファイルを選択し、アップロードしてください。
 領収書に以下の記載が必要です。
 不足している場合には、登録した医療機関へ追加で記載を依頼してください。
 ・診療科目
 ・診療実施機関名
 ・領収書番号
 ・領収日
 ・インフルエンザ予防接種券であること
 ※領収書に保険診療区分が記載されていないことをご確認ください。

※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png,gif,pdf」のみとなります。
 ※1枚あたり10MB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、再度ご提出いただけます。

《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。



2. 補助金申請を行う

※ご注意：旭化成健康保険組の場合、郵送の機能はございません

ここにテキストを入力

STEP.3-2 補助対象者情報の入力（郵送の場合）

「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。

[STEP2 必要書類提出方法]で「郵送」を選択した場合、申請後に領収書貼付台紙のダウンロードを行います。ダウンロードの詳細はp.10の《郵送申請選択時》をご確認ください。

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 | <input type="button" value="申請しない"/> | <input type="button" value="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 | <input type="button" value="申請しない"/> | <input type="button" value="申請する"/> | |
| 氏名 | テスト 花子 | 氏名(カナ) | テスト 花子 |
| 性別 | 女 | 生年月日 | 1988/08/08 |



| | | | |
|------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 申請 | <input type="button" value="申請しない"/> | <input type="button" value="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 | | |
| 接種日 | <input type="text" value=""/> | 入力例：2021年6月1日の場合：2021/06/01 (全て半角) | |
| 窓口負担額 (補助金金額) | <input type="text" value=""/> | 円 | 医療機関名 <input type="text" value=""/> |

《領収書貼付台紙》

インフルエンザ予防接種補助金申請 領収書貼付用台紙

氏名(自署)

2001000019-01

| | |
|-------------|-------------------------------|
| 申請書作成日 | 2020/12/24 |
| 保険証番号・番号 | 9999921-9999921 |
| 申請者氏名 | テスト 太郎 |
| 申請者氏名(半角カナ) | テスト タロウ |
| 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 | | テスト タロウ |

補助対象者情報

| | |
|-------|------------|
| 氏名 | テスト タロウ |
| 性別 | 男 |
| 生年月日 | 1980/01/08 |
| 資格取得日 | 2013/10/01 |
| 資格取得日 | |
| 接種年月日 | 2020/12/01 |
| 窓口負担額 | 1000円 |
| 医療機関名 | テスト病院 |

インフルエンザ予防接種補助金申請 領収書貼付用台紙

保険証番号・番号 9999921-9999921 2001.000019-01

被保険者名 テスト 太郎

被保険者名(カナ) テスト タロウ

領収書はのりを付けて
しっかり貼ってください。

注意事項

領収書には下記事項が必ず記載されていること

①領収書の宛先は届取した方の個人名(フルネーム)

②領収日付

③領収書に「インフルエンザ予防接種代」

2. 補助金申請を行う

STEP.4 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。申請内容をご確認してください。 | | | | |
| 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 | | | |
| 窓口負担額 (接種費金額) | 1000 | 医療機関名 | テスト病院 | |

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 |
| 保険証番号・番号 | 9999921 - 9999921 |
| 接種者名 | テスト 太郎 |
| 接種者名(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 | — |
| 接種日 | 2020/12/01 | | |
| 窓口負担額 (接種費金額) | 1000円 | 医療機関名 | テスト病院 |

《委任状について》

確認画面下部に委任状が表示された場合、[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。

※旭化成健康保険組合の場合、委任状はございません

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。

《郵送申請選択時》

[STEP2 必要書類提出方法]で「郵送」を選択した場合、本画面の[領収書貼付台紙PDFダウンロード](a)から領収書貼付台紙をダウンロードします。ダウンロードしたPDFを印刷して、領収書と共に提出をしてください。

※スマートフォンでPDFを表示・ダウンロードする場合には、PDFを表示するためのアプリが別途必要となります。

※旭化成健康保険組合の場合、印刷の機能はございません

3. 補助金申請を確認・キャンセルする

補助金申請内容の確認や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)支払日

補助金が支払われる日付が表示されます。

※表示されない場合もございます。

(e)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。

(f)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。

(g)再申請

必要書類提出方法を「郵送」にした場合のみ表示され、クリックすると補助金申請書類をダウンロードできます。

| 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 | (f) |
| 2021/09/09 | 承認 | 健康 太郎 | - | - | 申請内容 |
| 2021/09/09 | 申請中 | 健康 花子 | - | - | 申請内容 PDF |

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(h)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 太郎 |
| 所属先電話番号 | |

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 | - |
| 履歴日 | 2020/12/01 | | |
| 窓口内服額 (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

(h) 却下理由: 書類不備のため

3. 補助金申請の確認・キャンセル

申請のキャンセル

① 「補助金申請詳細」画面を開き、画面下部の申請内容(a)をクリックします。

② 「申請キャンセル」(b)をクリックします。

※処理状況が[申請中]の場合のみ、申請のキャンセルを行うことができます。

※1度申請すると内容の修正ができないため、修正が必要な場合は申請をキャンセルして新たに申請を行ってください。

申請済みの内容

| 申請日 | 補助対象者 | 支払日 | 補助金額 | |
|------------|-------|-----|-------|----------|
| 2021/09/09 | 健康 太郎 | - | - | 申請内容 |
| 承認 | | | | |
| 2021/09/09 | 健康 花子 | - | - (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 | - |
| 接種日 | 2021/11/03 | | |
| 窓口負担額(徴収金額) | 3500 円 | 医療機関名 | ●●クリニック |

補助金申請TOPへ **申請キャンセル (b)**

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、取消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？

OK (b) キャンセル

申請に関するお問い合わせは、下記「MY HEALTH WEBヘルプデスク」までお願いします



 **株式会社 法 研** MY HEALTH WEBヘルプデスク TEL:03-5213-4467

<http://www.sociohealth.co.jp>

ver.5.2 20211110 禁無断転載©(株)法研



株式会社 法研は
「プライバシーマーク」使用
の許諾事業者として認定され
ています。