



浦添商工会議所 てだこ商工共済 被保険者限定 予防接種助成金始めます！

浦添商工会議所では、てだこ商工共済被保険者限定でインフルエンザやコロナウイルスなど、幅広い種類の予防接種費用の一部を補助いたします。共済加入者の皆様が様々な感染症から自身を守り、健康を維持できるよう支援することを目的とし、疾病による医療費負担や、業務への影響を軽減を図り加入企業の福利厚生の実に努めます。

対象者	てだこ商工共済被保険者 (当所会員企業健康診断助成金を受領された方も含みます)
補助額	1,000 円 / 1 人
助成対象期間	令和 7 年 4 月 1 日～令和 8 年 3 月 31 日 (被保険者 1 人当たり期間内に 1 回の助成となります。) ※令和 7 年度は上記の期間を対象とし、予算に達し次第、終了となります。
対象となる 予防接種	・インフルエンザ ・新型コロナウイルス ・肺炎球菌 ・帯状疱疹 ・B 型肝炎 ・麻疹 ・風疹 ・おたふくかぜ ・破傷風 ・A 型肝炎 ・狂犬病 等 記載がない項目については別途お問合せください。

【申請方法】①または②の方法で申請してください。

①Google フォームから申請

②裏面の申込用紙に必要事項を記入後 FAX (098-877-4677) 送信

※添付書類：ワクチン接種領収証 (※被保険者の氏名記載が必須)

Google フォーム添付ファイル形式：Pdf・jpeg・jpg・png のいずれかでお願いいたします。

複数人の補助を受ける場合は、月内でまとめて申請をお願いいたします。

【入金期日】

毎月月末締め翌月 15 日払い (15 日が土日・祝日にあたる場合は前営業日となります。)



申請フォーム

【お問い合わせ先】

浦添商工会議所 総務課

沖縄県浦添市勢理客 4-13-1 2F

TEL:098-877-4606 FAX:098-877-4677

予防接種助成金請求書

浦添商工会議所 御中

FAX : 098-877-4677

請求日：令和 年 月 日

事業所名				印
代表者名		担当者名		
電話番号				

下記の加入者が「予防接種助成金」の給付事由に該当しましたので、必要書類を添付の上、請求いたします。

(※太枠のみご記入ください。)

No	加入者名	接種年月日	予防接種の種類	加入者番号	加入年月日
1		R 年 月 日			年 月 日
2		R 年 月 日			年 月 日
3		R 年 月 日			年 月 日
4		R 年 月 日			年 月 日
5		R 年 月 日			年 月 日

※助成対象は、令和7年4月1日から令和8年3月31日に接種した予防接種に限ります。

※予防接種証明の写しを添付してください。(請求明細兼領収証 予防接種証明証 等)

助成金は次の口座を希望します。

引落口座
(記入不要)

別口座指定
(右に記入→)

金融機関名		フリガナ	
本支店名		口座名義人	
預金種別	1. 普通 2. 当座		
口座番号			

【商工会議所使用欄】

受付日	事業所番号	助成金額	振込日

(お知らせ)

本請求書に記載された個人情報は、予防接種助成金の対象可否判断を含む手続きにのみ利用します。