

## ー インフルエンザ予防接種の補助金申請方法 ー

- 対象者 . . . 接種日に紙商健保の資格がある方（本人・家族）
- 対象期間 . . . 平成30年10月1日～12月31日の期間の接種
- 補助金額 . . . 1人につき1,000円を上限に年1回  
（支払った額が1,000円未満の場合は実費）

### 申請には医療機関の領収書が必要です

領収書の記載内容を確認し、以下の項目のもれがある場合は、病院で記載を受けてください。

1. 予防接種を受けた方のフルネーム
2. 接種年月日
3. 医療機関名
4. 領収印
5. 支払金額
6. 内訳に「インフルエンザ予防接種代」と明記

### ○申請方法

- ・会社にお勤めの方  
事業所でとりまとめの請求になりますので、会社のご担当者様へ領収書のコピー（A4用紙を使用）を提出してください。
- ・事業所ご担当者様  
事業所でとりまとめ、次の書類を添えて健保組合まで提出してください。
  - ① 補助金申請書
  - ② 領収書のコピー（上記内容が記載されていることをご確認ください）
- ・任意継続被保険者様  
上記①と②の書類を健保組合に直接提出してください。

○締切日 . . . 平成31年2月15日（金）健保組合 必着

### ○注意事項

- \* **必ず事業所でとりまとめてご請求ください**  
**個人宛にはお支払いできません**（任意継続被保険者を除く）。
- \* お子様が2回接種された場合も、2回分の合計で1,000円が上限です。
- \* 市区町村から補助を受けたうえで実費が発生した場合も対象になります。
- \* 領収書に「インフルエンザ」の文言が抜けているものが多数見受けられますので、必ず記載してもらってください。
- \* 領収書は鮮明なコピーをご提出ください（A4用紙を使用してください）。  
原本を提出されたときは、お返しできませんのでご注意ください。
- \* 予防接種は、個人の判断と責任による任意接種であり、当組合が強制するものではありません。  
予防接種に関する事故や副作用等について、当組合は一切の責任を負いませんので予めご了承ください。