

## インフルエンザ補助、今年も始まります！

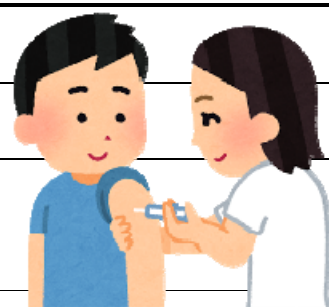


疾病予防対策の一つとして、医療機関及び市町村等で、インフルエンザ予防接種を受けた方に対し、自己負担額の一部を補助します。

接種の対象は、季節性・新型・混合のどれでも構いませんが、補助は接種対象期間に 1 人 1 回限りです。

予防接種はインフルエンザを発症する可能性を減らし、もし発症しても重い症状になるのを防ぐ効果があります。予防接種補助を利用して、インフルエンザに備えましょう！

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 補助対象者       | 被保険者（本人）及び被扶養者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 接種対象期間      | 2019 年 10 月 1 日～2020 年 2 月 29 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 補助金額        | 補助対象者 1 人当たり 2,000 円<br>※接種料金が 2,000 円未満の場合は実費補助となります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 申請期限        | 2020 年 3 月 10 日（火）<br>※期限を過ぎて申請されても、補助金は支給できませんのでご注意ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 接種料金        | 接種料金は医療機関により異なりますので、事前に医療機関へお問い合わせください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 接種から補助までの流れ | <ol style="list-style-type: none"> <li>① 希望の医療機関等に電話等で予約し、接種を受ける。</li> <li>② 接種後、医療機関等で接種料金を支払い、領収書（接種者の氏名・金額・接種年月日・インフルエンザ予防接種を受けたことの記載があるもの）を受け取る。</li> <li>③ 右面の「インフルエンザ予防接種 補助金申請書」に必要事項を記入・押印のうえ、裏面に領収書（原本）を貼付して、当健保組合または各事業所の健保担当者まで申請（提出）する。<br/>                     ※ 「インフルエンザ予防接種 補助金申請書」は、当健保組合のホームページからもダウンロードできます。<br/>                     [申請書ダウンロード先：<a href="http://www.okuma-kenpo.or.jp/todokede/pdf/influenza_sinseisho.pdf">http://www.okuma-kenpo.or.jp/todokede/pdf/influenza_sinseisho.pdf</a>]<br/>                     ※ 2 回接種の場合は、2 回分の領収書を一緒に貼付してください。<br/>                     （1 回分で 2,000 円以上の場合は、1 回分だけの領収書で結構です）                 </li> <li>④ 当月 25 日までに当健保組合に到着した分を、翌月 25 日に各事業所を通して補助金を被保険者に支給する。</li> </ol> |
| ご 注 意       | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>下記の場合は補助ができません！ご注意ください！！</b> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書に接種者氏名の記載がない場合</li> <li>・領収書が世帯で発行される場合で、接種者氏名とそれぞれの接種金額の記載がない場合</li> <li>・領収書に「インフルエンザ予防接種代として」等の記載がなく、インフルエンザ予防接種を受けたことが明確でない場合</li> </ul> <p>※ 各事業所（会社）で実施されるインフルエンザの集団接種を受けた方は、別途医療機関で接種を受けても、健保組合からの補助は受けられません。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



インフルエンザ予防接種 補助金申請書

※「接種を受けた医療機関等の名称」の欄は、同一の医療機関であれば「同上」で可。

|        |  |    |  |         |      |  |
|--------|--|----|--|---------|------|--|
| 被保険者証の |  |    |  | 被保険者の氏名 | フリガナ |  |
| 記号     |  | 番号 |  |         | 印    |  |
| 職場名    |  |    |  |         | 内線番号 |  |

| 区分                                                  |      | 氏 名   | 被保険者との続柄 | 接種を受けた医療機関等の名称 |              |
|-----------------------------------------------------|------|-------|----------|----------------|--------------|
|                                                     |      | 生年月日  |          | 接種日            | 接種 1 回分の支払金額 |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>ま<br>た<br>は<br>被<br>扶<br>養<br>者 | 接種者① |       |          |                |              |
|                                                     |      | 年 月 日 |          | 年 月 日          | 円            |
|                                                     | 接種者② |       |          |                |              |
|                                                     |      | 年 月 日 |          | 年 月 日          | 円            |
|                                                     | 接種者③ |       |          |                |              |
|                                                     |      | 年 月 日 |          | 年 月 日          | 円            |
|                                                     | 接種者④ |       |          |                |              |
|                                                     |      | 年 月 日 |          | 年 月 日          | 円            |
|                                                     | 接種者⑤ |       |          |                |              |
|                                                     |      | 年 月 日 |          | 年 月 日          | 円            |
|                                                     | 接種者⑥ |       |          |                |              |
|                                                     |      | 年 月 日 |          | 年 月 日          | 円            |

|             |                                                  |
|-------------|--------------------------------------------------|
| 補助金<br>支給方法 | ※健保組合が当月25日までに受付けしたものについて、翌月25日までに事業主を経由して支給します。 |
|-------------|--------------------------------------------------|

（添付書類） 下記の内容を満たした領収書（原本）を裏面に貼付（のり付け）してください。

- 接種者の氏名と金額、接種年月日、インフルエンザの予防接種であることがわかること
  - 領収書が世帯で発行される場合は、内訳（接種者氏名と金額）が記載してあること
  - 2回接種した場合は、領収書に1回ごとの接種金額が記載してあること

※申請期限：申請書に領収書を貼付し、3月10日までに健保組合または各事業所健保担当者へ提出してください。（申請期限を過ぎた場合、補助金の支給はできませんのでご注意ください）

（健保記入欄）

|          |  |         |  |  |       |   |     |      |     |     |
|----------|--|---------|--|--|-------|---|-----|------|-----|-----|
| 補助支給額    |  |         |  |  |       | 円 | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|          |  |         |  |  |       |   |     |      |     |     |
| 事業所受付年月日 |  | 健保受付年月日 |  |  | 支払年月日 |   |     | 備 考  |     |     |
|          |  |         |  |  |       |   |     |      |     |     |