

平成29年度インフルエンザ予防接種補助金支給要領について

平素より当健保組合の事業運営につきましては、ご支援ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
標記の件につきまして、疾病予防の一環としてインフルエンザ予防接種を受けた方に対し、費用の一部補助を下記のとおり実施致します。

1.) 補助の対象実施時期

平成29年10月1日より平成30年1月末日の間において、国内のいずれかの医療機関でインフルエンザ予防接種を実施された方。

2.) 補助の対象者

インフルエンザ予防接種実施時に、資格を有する被保険者 及び 被扶養者。

3.) 補助の額

インフルエンザ予防接種を実施した方 1人につき、**1年度1回限り 被保険者1,500円 被扶養者1,000円(13歳未満は2回まで)**を補助いたします。
ただし、費用が補助額に満たないときは支払額までの補助となります。(100円未満切捨て)

4.) 申請方法

当健保組合の「インフルエンザ予防接種補助金支給申請書」に必要事項を記入し、**医療機関発行の領収書の原本を添付**して下さい。

尚、返却希望の場合は、**領収書原本とそのコピーの両方を添付**して下さい。(確認後、領収書原本をお返しいたします)

- 接種料支払時に必ず**正式な領収書を発行**してもらって下さい。
- 領収書をお受け取りの際には、**下記の必須記載事項を必ずご確認**下さい。

<参考例>

領 収 書	
受診者氏名	〇〇〇〇〇〇〇 様
受診内容	インフルエンザ予防接種
接種年月日	平成 x x 年 x x 月 x x 日
金 X,XXX 円也	
上記金額正に領収いたしました	
平成 x x 年 x x 月 x x 日	
医療機関名	〇〇〇〇〇〇〇
医 師	〇〇〇〇 印

◆領収書必須記載事項

- ① 予防接種を受けた方の**氏名(姓だけでは不可)**
事業所で集団接種を受けた場合は、**医療機関発行の接種者名簿** 又は それに準ずるものを添付して下さい。
- ② 予防接種の**内容等に『インフルエンザ予防接種代』と明記**
- ③ 予防接種を受けた**年月日**
- ④ 予防接種に要した**金額(内訳・接種料の単価 等)**
- ⑤ 予防接種を実施した**医療機関名、医療機関・医師の認印**
(医療機関の印、またはその代表者の印、
収納印、領収印 等)

※レシート形式に於いても、

医療機関の方に、**上記“◆領収書必須記載事項①～⑤”を必ず記載**してもらって下さい。

また、はっきりと読み取れないものは不可とします。

※13歳未満の方が2回接種された場合は、まとめて申請して下さい。

- 【ご担当者様へのお願い】上記の領収書を必ずご確認の上、申請して下さい。

申請は随時受付しています。書類が整いましたら速やかに提出をお願いします。
申請に関する手続きは、原則として事業所経由です。

5.) 申請の期限

平成30年3月末日までに『補助金申請書』と、全ての添付書類が不備なく提出されたものに限り支給します。

6.) 支給方法

保険給付費同様に、事業所指定口座に振込します。