

加入者の皆さんへ

インフルエンザ予防接種補助申請受付開始のお知らせ

ダイセル健康保険組合

日頃は、健康保険組合業務にご理解ご協力を頂き、ありがとうございます。

健康保険組合では、例年通りインフルエンザ予防接種補助を実施いたしますので、
ご自身及び、ご家族皆様の健康維持管理にお役立て頂きますようお願いします。

記

1. 補助の対象者 当健康保険組合の被保険者と被扶養者
(接種日に有資格者であること)
2. 受付期間 2021年11月から2022年3月末まで
(今年度11月1日以前に接種したものも対象とします)
3. 補助金額 2,000円定額（但し費用金額が2,000円以下の場合は実費）
1人当たり1回/年度
4. 補助申請方法 健康保険組合ホームページから申請書を出力して、必要事項を記載し
署名・領収書を添付の上、勤務地総務部門へご提出をお願いいたします。
※今年度より押印は不要です。（押印があっても差し支えありません）
5. 領収書について 領収書には、下記①～④の項目が必要です。
ご本人で必ず確認してください。記載の無い場合には、
医療機関窓口にて記載いただくよう依頼してください。
領収書の提出は原本を原則とします。
 - ①接種者氏名
 - ②接種年月日
 - ③金額 ご家族数名分の合計金額の場合には、受診者氏名と
個別の金額を追記で記載してもらってください。
 - ④インフルエンザ予防接種であることが分かる記載（但し書き等で）

6. 補助金の支払い 各月末健保到着分を、翌月給料支払日に会社給料に加算して支払います。（書類が整っていること）
なお、各勤務地の申請受付締切日等は、勤務地のアナウンスをご確認ください。

〈申請時の注意事項〉

- ① 添付する領収書は、紛失防止のため、申請書の裏面にのりづけしてください。
- ② 被保険者分（ご本人）の申請については、必ず1行目に記載してください。
被保険者分の申請がない場合は、記載しないでください。
- ③ お子様が2回に分けて接種される際には、2回目を接種されたあとに2回分を同一申請書にまとめて申請頂くようにお願いします。
2回分の費用合計に対して2,000円まで補助金を支給いたします。
分けて申請されると、補助金を支給できない場合がありますのでご注意願います。

以 上