

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いたします。

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 | 2025年11月から2026年3月末まで
(今年度11月1日以前に接種したのも対象とします) |
| 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。
<u>※押印は不要です。</u> (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。

分けて申請されますと、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