

2020年9月14日

被保険者 各位

石原産業健康保険組合

インフルエンザ予防接種の補助について

本日行われました第161回組合会において、本年度のインフルエンザ予防接種補助額が決定いたしました。

つきましては、下記の通りご案内いたしますので、ぜひご利用いただきますようお願いいたします。

記

1. 補助対象……被保険者・被扶養者が 2020年10月1日～2021年2月28日 に受けたインフルエンザ予防接種分 年度内1回限り
 - ・13歳未満は2回接種が基本のため2回まで申請可
 - ・65歳以上の方は居住する市町村で接種の上補助申請してください

2. 補助額……自己負担額全額

3. 提出書類……予防接種受診料支給申請書
(イントラネット内健保組合のページより印刷した用紙をご使用ください)

4. 添付書類……医療機関、自治体が発行した領収書の正

※必ず次の内容を医療機関にて記載してもらってください

『インフルエンザ予防接種』の代金であること……一般診療や他の保険外診療と見分けるため

医療機関の領収印……………領収済の確認

接種を受けた方の氏名……………重複申請を避けるため

複数名合算の領収書の場合それぞれ1回分の金額

……………合算のままは不可(補助金額を決定するため)

{ 複数名で接種する場合に、二人で〇〇円等まとめて記載される場合がありますが、必ず1人1回分の金額を記入してもらってください。 }

5. 申請方法……3の申請用紙に必要事項をご記入の上、4の添付書類を添えて健保までご提出ください。

締切 2021年3月31日(水) 健保必着

記載・添付漏れのないよう、また、ご家族(被保険者、被扶養者)分をまとめて1度にご提出いただきますようご協力のほどよろしくお願いいたします。

以上

季節性インフルエンザワクチン 接種時期ご協力のお願い



今年では過去5年で最大量（最大約6300万人分）のワクチンを供給予定ですが、より必要とされている方に確実に届くように、ご協力をお願いします。

10月1日～

接種希望の方はお早めに

65歳以上の方（定期接種対象者）※

※65歳以上の方のほか、60歳から65歳未満の慢性高度心・腎・呼吸器機能不全者等
※定期接種の開始日は、お住まいの市町村で異なりますのでご確認ください。

上記以外の方は

10月26日まで接種をお待ちください

65歳以上の方の接種ができるよう
ご協力をお願いいたします

10月26日～

接種希望の方はお早めに

医療従事者

基礎疾患を有する方

妊婦

生後6ヶ月～小学校2年生

上記以外の方も接種できます

皆様へのお願い

- ・感染防止の3つの基本である ①身体的距離の確保、②マスクの着用、③手洗いの徹底もお願いします。
- ・接種に当たっては、あらかじめ医療機関にお電話での予約をお願いします。
- ・インフルエンザワクチンは重症化予防などの効果がある一方で、発病を必ず防ぐわけではなく、接種時の体調などによって副反応が生じる場合があります。医師と相談の上、接種いただくとともに、接種後に体調に異変が生じた場合は医療機関にご相談いただくようお願いいたします。
- ・お示した日程はあくまで目安であり、前後があっても接種を妨げるものではありません。

支給決定 伺	常務理事	事務長	係	係	支給金額							
					被保険者	人 円						
					被扶養者	人 円						

インフルエンザ予防接種 補助申請書

インフルエンザワクチンを接種しましたので申請します。
併せて補助金の受領を事業主に委任します。

石原産業健康保険組合 御中 年 月 日

被保険者証 記号 - 番号
記号 番号

被保険者
氏 名 印

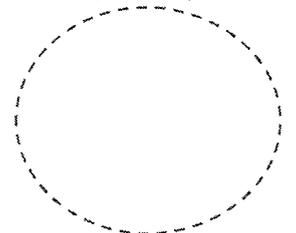
事業所 連絡先
内線

接種した人の氏名	被保険者 との続柄	年齢	接 種 日	医療機関名	接種代金
			R / /		
			R / /		
			R / /		
			R / /		
			R / /		
			R / /		
			R / /		
			R / /		
			R / /		

<申請時のチェック事項>…当てはまらない場合は補助の対象となりません

- 記載内容に間違いはありません (被保険証 記号番号を再度ご確認ください)
- 次の項目が明記されている領収証 (記載のない場合は併せて記載された書類) を添付しました。
 - ① 『インフルエンザ予防接種代』と明記・・・予防接種のうち、補助の対象となるのはインフルエンザワクチンのみのため
 - ② 『接種した人の氏名』・・・補助の対象となるのは被保険者・被扶養者です。
 - ③ 『1人1回分の接種代金の単価』・・・合算されて単価が確認できない場合は補助対象外です
 - ④ 接種した医療機関名、接種した日付、領収印

受付印



- 年度内 1 回の申請です。(13歳未満 2 回分、および家族分まとめた申請です)