

2018 年 10 月 1 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

健康保険組合では今年度も保健事業（疾病予防）としてインフルエンザ予防接種の補助を行います。今年度より補助の対象は **2019 年 2 月 28 日までに接種した分**となりますのでご注意の上、下記の要領で補助申請をしてください。

記

1. 補助対象 …被保険者・被扶養者が **2018 年 10 月 1 日～2019 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
(ただし、13 歳未満は 2 回接種が基本のため 2 回まで申請可)
2. 補 助 額 …接種 1 回 2,000 円まで(接種料金が 2,000 円に満たない場合は接種料金を補助)
3. 提出書類 …予防接種受診料支給申請書
(必ずイントラネット内健保組合のページより印刷した今年度の用紙をご使用ください。
旧用紙では受付できませんのでご注意ください)
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 **2019 年 3 月 29 日(金)** 健保必着

なお、毎年多くのご申請を受け付けます。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

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

記号 番号

被保険者証
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
			① / /		
			② / /		
			① / /		
			② / /		
			① / /		
			② / /		
			① / /		
			② / /		
			① / /		
			② / /		

＜申請時のチェック事項＞

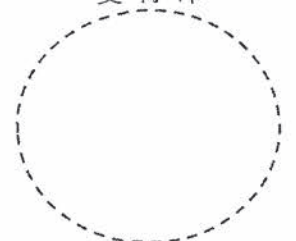
- ☐ 記載内容に間違いはありません（被保険証 記号番号を再度ご確認ください）
- ☐ 次の項目が明記されている領収証（記載のない場合は併せて記載された書類）を添付しました。
- ① 『インフルエンザ予防接種代』と明記・・・予防接種のうち、補助の対象となるのは
インフルエンザワクチンのみのため

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の申請です）