

## 平成30年度 インフルエンザ予防接種料補助のご案内

日頃は、当健康保険組合の事業運営につきまして、平素より格別なご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

当健康保険組合の保健事業の一環として実施しております、インフルエンザの予防接種料の補助を本年も下記のとおり実施致しますのでお知らせ致します。なお、今回より1回当りの金額の変更を行いますので下記をご覧ください。

罹患予防の観点から、当補助を利用した予防接種をお勧め致します。

### 記

1. 対象者 : ○当健康保険組合の被保険者・被扶養者  
\* 接種日に当組合の資格を有する者。
2. 補助の条件 : ○日本国内での接種で、市町村の公的助成を受けるものは除く。  
● 1回当たり 2,000円以上の予防接種(今回より)  
\* インフルエンザの予防接種料金は1回当たり 通常3,000～4,500円の費用が発生しますが、市町村によっては高齢者、幼児等に公的助成を行い、料金が安くなるケースがあります。しかし接種時の領収書には助成額が記載されていないため、助成の有無が把握できません。  
接種費用が2,000円未満の場合、何らかの助成を受けている場合がほとんどのため、健保組合での補助対象を1回当たり接種費用 2,000円以上とします。
3. 接種期間 : ○平成30年10月1日～平成31年 1月末日まで
4. 補助申請期間 : ○平成31年2月5日～ 2月15日まで  
(注)事務処理上、申請期間以外は受付できませんのでご注意ください。  
過年度事例で申請期間前に申請をする方がおられますので、ご注意ください。
5. 補助金額 : ○利用者1名につき 1,000円(2回接種法による場合でも補助は1回のみ)
6. 手続方法 : ①本人が医療機関へ実費を支払い、領収書(レシート可)を受取る。  
②同封の「**インフルエンザ予防接種補助金申請書(任継者用)**」に指定内容を記入し、領収書(原本)を添付して申請ください。  
尚、領収書は返却できませんのでご了承下さい。  
\* 補助金振込先は大光銀行本店の保険料振替口座とさせていただきます。  
③補助申請期間内に上記②の「**インフルエンザ予防接種補助金申請書(任継者用)**」を当健保組合まで提出ください。
7. 支給時期 : 3月下旬までに保険料引落とし口座へお振込み致します。
8. その他注意点 : ○医療機関によっては、ワクチンが入手困難の場合がありますので、事前に確認し、お受けください。

◆不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

日本精機健康保険組合 桜井  
〒940-8580 長岡市東蔵王2-2-34  
TEL: 0258-24-5311(直通)  
FAX: 0258-24-5344