

令和3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、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下記の通り実施しますのでお知らせ致します。

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、当組合の資格を有し、且つ令和4年2月20日現在在籍者
(3月給与振込のある方)
*集団接種の場合は、事業所の給与天引き月に天引き可能な方(事業所へ一任)
2. 補助の条件: ○日本国内での接種
○自己負担額が1回当たり 2,000円以上の予防接種
*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は1回当たり接種費用 2,000円以上とします。
3. 接種期間: ○令和3年10月1日～令和4年1月末日まで
4. 補助申請期間: ○令和4年2月1日～2月11日まで 健保組合必着
*NS被保険者の方は2/4(金)までに各部門、営業所の事務担当者の方に申請書を提出
事務担当者の方は申請書を確認し、「集計表」を作成され、申請書と合せて提出を御願いたします。
(詳細は別紙ご確認願います。)

(注)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、ご注意下さい。
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: <各事業所内で集団接種する場合>
①各事業所からのお知らせにより、ご確認ください。
健保組合への補助金申請手続きは必要ありません。
<医療機関等で接種する場合>
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添付の「インフルエンザ予防接種補助金申請書」に指定内容を記入し、領収書(原本)を添付し、職場の事務担当者の方に提出してください。(領収書の返却はできません)
③支給は3月給与を予定(給与振込)。
7. その他注意点: *1 コロナワクチンとインフルエンザワクチンの接種には、2週間程度間隔をあけるよう厚生労働省からのガイドラインに記載がありますので、ご確認を御願いたします。

なお、社内でインフルエンザ予防接種をうける場合は、別途社内ルールがありますので、詳しくは社内案内を確認してください。

*2 コロナワクチンの影響もあり、特に本年度はインフルエンザワクチンが不足する等の情報もありますので、早めの対応を御願いたします。

◆不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。
日本精機健康保険組合 霜鳥

〒940-8580 長岡市東蔵王2-2-34
TEL: 0258-24-5311(直通) (日本精機内線: 1950・1951)
FAX: 0258-24-5344