

令和 5 年 9 月 1 日

各 位

澁澤健康保険組合



インフルエンザ予防接種補助金支給制度の件

平素より組合運営にご協力いただき誠に有難うございます。

さて、本年もインフルエンザの予防接種の費用に対する補助制度を実施いたします。本制度は季節型の感染症であるインフルエンザの予防接種を広く奨励し、役職員及びそのご家族の健康管理並びに疾病予防に資するものですので、積極的に皆様の予防接種を推奨いたします。

つきましては、下記要領を基に、関係者への周知を宜しくお願い申し上げます。

記

1. 補助金支給要件

- (ア) 対象者 : 当組合被保険者（被扶養者を含む）
- (イ) 接種期間 : 毎年 **10 月 1 日～12 月末日**までに実施したインフルエンザ予防接種
- (ウ) 接種場所 : 医療機関

2. 支給限度額及び回数

- (ア) 支給限度額 : 対象者 1 名 1 回当たり 1,500 円を上限とする
費用が 1,500 円未満の場合は、実際に支払った金額
- (イ) 支給回数 : 1 年度内対象者 1 名につき 1 回
但し、小学 6 年生までの被扶養者で 2 回法の場合は 1 年度内 2 回

3. 申請手続

- (ア) 支給申請は別紙申請書に所定事項を記入し、支払領収証（原本）を添付の上、事業所（各社）にてとりまとめ、健康保険組合に請求する。
- (イ) 上記申請書は可能な限り家族単位でとりまとめて請求する。
- (ウ) 補助金の支払いは健康保険組合から、請求月の翌月末に各事業主へ送金する。
- (エ) 対象者からの請求は毎年 1 月末日を締切日とし、事業主から健保組合への申請書類は 2 月末日までに提出する。

4. その他

- (ア) 本件については、澁澤健康保険組合のホームページ（<https://shibusawa-kenpo.or.jp/>）にも公表いたします。
- (イ) 補助金の申請書の用紙は、澁澤健康保険組合のホームページの申請用紙の一覧から印刷できます。
- (ウ) その他、内容に関するご質問は澁澤健康保険組合（TEL:03-5646-7496）にお問い合わせください。

以 上