

平成
28年度

インフルエンザ予防接種 助成事業のご案内



組合員およびその被扶養者の方を対象に健康保持増進と医療費抑制のため、インフルエンザ予防接種費用の一部を助成します。

実施要領は次のとおりですので、注意事項にご留意のうえ、共済事務担当課をとおして請求してください。

対象者

組合員およびその被扶養者の方(任意継続組合員は除きます。)

接種対象期間

平成28年10月1日～平成29年1月31日

助成金額

1人1回1,000円(1人複数回の助成が可能です。)

請求書類：インフルエンザ予防接種助成金請求書
医療機関発行の領収書(原本)

提出先

共済事務担当課

共済組合受付締切日

平成29年2月28日(火) 当組合必着

送金方法

組合員の方の当組合登録口座に送金します。

個人宛送金通知書は交付しませんので、通帳等でご確認ください。

送金日

当組合で請求書を受け付けた月の翌月28日

ただし、12月は26日、1月は30日送金になります。



請求書提出の注意事項

※接種年月日・被接種者氏名・自己負担額・予防接種の種類が明記された医療機関発行の領収書(原本)が必要です。

※領収書は、被接種者ごとに発行されたものが必要ですが、2人以上または2回以上の接種をまとめた領収書の場合は、被接種者各々の氏名・接種年月日・接種年月日ごとの自己負担額・予防接種の種類の明記が必要となります。

※添付書類は、領収書以外は認めません。(接種済証明書は不可)

※他の用途に使用するため領収書の原本が添付できないときは、写しに所属所長の原本証明が必要となります。

※領収書に記載不備等があり、領収書余白に記載等を受けた場合は、医療機関の証明印が必要となります。

※市町村等でインフルエンザ費用の助成制度を実施している場合はそちらを優先し、その後の費用が1,000円以上の場合、当組合に請求してください。

被扶養者のいる組合員の方へ

～家族単位での請求のお願い～

被扶養者のいる組合員の方はご本人分と被扶養者分の領収書を取りまとめて、組合員1人につきインフルエンザ予防接種助成金請求書1枚となるよう家族単位での請求にご協力をお願いします。

お問い合わせ先 医療健康課(健康増進係) TEL 029-301-1413