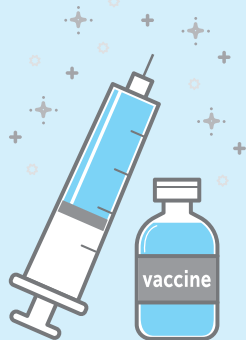



令和5年度

# インフルエンザ予防接種 助成事業のご案内

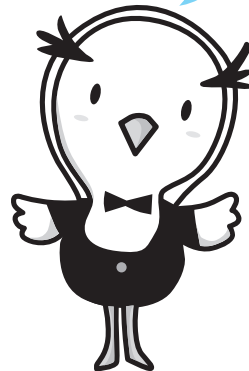


組合員およびその被扶養者を対象に健康保持増進と医療費抑制のため、インフルエンザ予防接種費用の一部を助成します。

実施要領は次のとおりですので、**注意事項**をよく確認のうえ、請求してください。

- **対象者** 組合員およびその被扶養者（任意継続組合員は除きます）
- **接種対象期間** 令和5年10月1日～令和6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）
- **請求方法** 当組合ホームページをご参照ください。📄 
- **当組合受付締切日** 令和6年2月29日（木）当組合必着
- **送金方法** 組合員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** 当組合で受け付けた月の翌月になります。  
11月28日、12月26日、1月29日、2月28日、  
3月28日の送金になります。

MY HEALTH WEBによる  
オンライン申請を  
12月頃から開始予定！  
詳細はホームページで  
お知らせします。



## 注意事項

請求するときは、次の点に注意してください。

- ①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（原本または写しに所属所長の**原本証明を付した**もの）が必要です。  
※接種済証明書は領収書の代わりとなりません。
- ②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。
- ③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。
- ④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 ～

組合員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。

ご家族分  
おまとめください



お問い合わせ先

医療健康課（健康増進係） TEL 029-301-1413