

平成
27年度

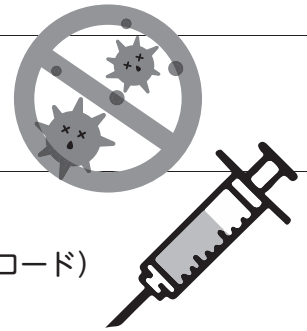
インフルエンザ予防接種 助成事業のご案内



組合員及び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の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、下記の注意事項をご一読のうえ請求してください。

	内 容
対 象 者	組合員及び被扶養者
接種対象期間	平成27年4月1日～平成28年3月31日
助 成 金	1人1回1,000円 1回の接種料金が1,000円未満の場合は対象外となります。
請 求 書 類	■ インフルエンザ予防接種助成金請求書 (共済ホームページ「各種申請書ダウンロード」からダウンロード) ■ 医療機関発行の領収書(原本)
提 出 先	各所属所 共済事務担当課(任意継続組合員は直接共済組合)
送 金 日	共済組合で請求書を受け付けた月(15日メ切)の翌月末日



請求書を提出する場合は次の点に注意してください

注 意 事 項

- 領収書には、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・予防接種の種類が明記が必要となります。
- 添付書類は、領収書以外は認められません。(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。

お問い合わせ先 福祉課 ☎048-822-3305