

平成
30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

組合員および被扶養者

接種対象期間

平成30年4月1日～平成31年3月31日

助 成 金

1人1年度内1回 2,000円

1回の接種料金が1,000円以上2,000円未満の場合は接種費用を助成し、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へ)

送 金 日

共済組合で請求書を受け付けた月(15日締切)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

- 請求書は、予防接種を受けた日の属する月の翌月末日までに提出をお願いします。
- 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・自己負担額・予防接種の種類を明記してください。
- 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