


平成  
30年度

# インフルエンザ予防接種 助成金の請求はお済みですか？

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ております。

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、各所属所共済事務担当課を通して請求してください。



	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	<b>1人1回2,000円</b> 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	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 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「申請書類一覧」からダウンロード)</li><li>■ 医療機関発行の領収書(原本)</li></ul> 
提 出 先	各所属所共済事務担当課(任意継続組合員は共済組合 福祉課)
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

- ◆ 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