

インフルエンザ予防接種の一部補助について

日頃は健康保険組合の事業運営にご協力をいただき誠にありがとうございます。

健康保険組合では冬の保健対策（疾病予防）の一環として、下記要領で「インフルエンザ予防接種の一部補助」を実施いたします。

記

1. 保健事業名 疾病予防対策「インフルエンザ予防接種」の一部補助
2. 対象者 被保険者・被扶養者
3. 期間 平成23年10月分から平成24年2月末分まで
4. 補助額

	一人当りのインフルエンザワクチン代	一人当り補助額
領収証 の金額	2000円以上～	2000円
	1000円以上～2000円未満	1000円
	1000円未満	0円

※申請は1シーズン／一人1回のみ

5. 申請方法 医療機関の領収書（コピー）を添付し、各部署単位で集約後、毎月末までに健康保険組合へ申請ください。なお、小児等で複数回に分けて予防接種を行う方の中で、補助額にとどかない方については複数枚の領収書（コピー）を添付して申請してください。※集約表別紙
6. 支払方法 現金で庶務担当者を通じて、翌月お支払いいたします。
7. その他 領収書のコピーを添付、受診者名・接種日・医療機関名・費用をお知らせください。健保で確認後支給いたします。

以上

お問合せ 健保組合まで 社線 2345 NTT06-6632-8417