

# インフルエンザ予防接種費用の一部を助成しています

共済組合では、インフルエンザ発症予防や発病時の重症化を防ぐことを目的として、インフルエンザ予防接種費用の一部を助成します。

助成を希望される場合は、次の項目にご注意いただき、請求してください。

なお、請求手続き等詳細についてはお勤め先の共済組合事務担当課へお問い合わせ願います。(請求先も共済組合事務担当課になります。)



## 1▶ 助成対象者

令和2年10月1日から令和3年3月31日まで にインフルエンザ予防接種を受けた組合員及び被扶養者 (お住いの地方公共団体等からの助成を受ける者を除きます。)

## 2▶ 助成額及び回数

年度内において1人1回につき1,500円を限度として助成。

ただし、インフルエンザ予防接種費用が1,500円に満たない場合は当該費用を助成します。

## 3▶ 助成金請求時の必要書類

- ① インフルエンザ予防接種費用助成金請求書
- ② 領収書 (原本)

※以下の項目が明記されているもの

- 医療機関名
- 予防接種対象者の氏名
- 予防接種額及び領収日
- 予防接種名 (「インフルエンザ予防接種」と記入)

領 収 書	予防接種対象者の氏名	領収日
	共 済 太 朗 様	令和2年○月×日
金 額	3,000 円	予防接種額
但し	インフルエンザ予防接種 代として	
予防接種名	上記のとおり領収しました	領収印
		○○病院

※領収書は原本をご提出下さい。

医療機関名

お問い合わせ先

保健課

TEL 095-827-3139