

8. インフルエンザ予防接種補助金

| 対象者 | 被保険者 (従業員) | 被扶養者 (ご家族) | 男性 | 女性 | 年齢 |
|-------------------|--|---------------|--------------|------|-----|
| | ○ | ○ | ○ | ○ | 全年齢 |
| 補助金額 | 2,000円/回 | 定員 | 上限なし | 事前申込 | 不要 |
| 対象実施期間 | 2024年10月～12月 | | | | |
| 対象実施回数 | 年1回 ※ただし、小学生以下は年2回まで。 | | | | |
| 受給申請期間 | 2024年10月1日～2025年2月20日 | 申請者 | ・被保険者個人 ・事業所 | | |
| 申請方法 ・ 必要書類 | <p>【個人申請】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 申請方法 『MY HEALTH WEB』内のメニューより、受給申請。 ● 必要書類 下記5項目が記載された領収書 ・接種日 ・接種者氏名 ・金額 ・医療機関名 インフルエンザ予防接種であること <p>【ご注意ください】</p> <p>※ご家族の複数名分の接種費用を合計した領収書の場合は、 接種者全員の氏名・金額の内訳が記載されていることを確認してください。</p> <p>※おひとりに対する2回分の接種費用を合計した領収書の場合は、 2回それぞれの接種日と金額が記載されていることを確認してください。</p> <p>※必ず「インフルエンザ」の予防接種であることが記載された領収書を提出ください。 「自費」と記載の領収書は承認されず、差戻されます。</p> <p>【事業所単位での申請】</p> <p>健康保険組合ホームページの「事務担当者専用ページ」より所定の請求書・接種者リストの様式をダウンロード。必要事項を記入後、当組合へ提出。</p> | | | | |
| 備考 | <p>【補助金対象期間の限定について】</p> <p>インフルエンザ予防接種は、通常、1回の接種で2週後から血中の抗体量が増え始め、5ヵ月程度持続するといわれています。インフルエンザの流行期に合わせて、より効果的な予防接種を実施していただくために、当組合では補助金の対象とする期間を限定しています。</p> | | | | |