

**2018 年度インフルエンザ予防接種利用補助金制度について**

標記の件、当健康保険組合では「インフルエンザ予防接種利用補助金制度」に基づき、10 月より補助金申請書の受付を開始致します。

インフルエンザは一般の「かぜ症候群」等とは異なり、インフルエンザウイルスを病原とする高熱を伴う気道感染症です。本年度は既に一部の地域において感染が拡大しているようですが、本格的なシーズンの到来はこれからです。予防接種の効果が現れるのは接種後、約 2 週間、又持続期間は 4~5 ヶ月とされています。予防接種を受けたからといって 100%かからないとは断言出来ませんが、①感染しにくくなる ②感染しても重症化を防げる等の効果は十分期待できます。

当健康保険組合では、毎年 加入者の約 4 割弱の方からの申請を受付しておりますが、本年度もより多くの皆様が本制度を活用し「予防接種」を受けて頂くことを目的に、本制度についての実施要領をご案内させていただきます。

**<2018 年度 インフルエンザ予防接種利用補助金制度>**

補助金対象期間	2018 年 10 月 1 日～2019 年 1 月 31 日の間に予防接種を受けられた方
対 象 者	当健康保険組合の 65 歳未満の、被保険者 及び 被扶養者 (※接種日起点)
補 助 金 内 容	1 人、年度 1 回の申請とし、上限 2,000 円の補助金を支給致します。
申 請 方 法	「インフルエンザ予防接種利用補助金申請書」に必要事項を記入の上、医療機関の領収書(コピー可)を添付し、下記住所まで送付願います。 (個別でも事業所単位でも構いません。) 〒196-0022 東京都昭島市中神町 1148 フランスベッドグループ健康保険組合宛 042-543-3605
申 請 期 限	2019 年 2 月 13 日(火)の申請書着をもって、締切りとさせていただきます。
申 請 書	当健保組合のホームページからでもダウンロードできます。 ☆検索で「フランスベッドグループ健康保険組合」- 申請書のダウンロードへ ( <a href="http://www.fbgkenpo.jp/">http://www.fbgkenpo.jp/</a> )
支 給 方 法	平成 2019 年 3 月度支給の給与に被扶養者分も含め一括付加させていただきます。
補 足 事 項	② 医師より 2 回の接種を指示された場合でも、上限は 2,000 円とします。 ②領収書金額が 2,000 円未満の場合は、額面による補助とさせていただきます。 ③領収書には日付/医療機関の他に、 <u>接種を受けた方の氏名とインフルエンザ予防接種である事が明記されたものの提出</u> 〔コピー可〕をお願いします。 ④事業所において集団接種を受けた場合でも、個別に申請書、及び領収書の提出をお願いします。 ⑤ご家族内で接種日が異なっても構いませんので、なるべく纏めて申請書を提出して頂きますようお願い致します。 ⑥ <u>65 歳以上</u> は補助対象外となります。(多くの市区町村で公的補助が受けれる為)

理事長	常務理事	事務長	健保受付	事業所受付

事業所受付の場合

**2018年度用・インフルエンザ予防接種  
利用補助金申請書**

申請日 平成 年 月 日

被保険者	記号		被保険者名	Ⓢ	男
	番号		生年月日	年 月 日	女
	会社名		部署名		
	社員番号		部署連絡先		

※平成 2019 年 3 月度の給与に付加しますので必ずご記入して下さい。

接種した人 (被保険者) (被扶養者)	被保険者住所	〒 ー			
	電話		接種医療機関名	接種日	
	氏名	( 歳)		月 日	
	氏名	( 歳)		月 日	
	氏名	( 歳)		月 日	
	氏名	( 歳)		月 日	
	氏名	( 歳)		月 日	

備考 ※65歳以上の方（接種日）は、市町村における公助制度の関係で対象外とさせていただきます。

医療機関に支払った金額	円（消費税含む）	領収書（コピー可）を添付願います
-------------	----------	------------------

健保補助金額	一人につき、2,000 円（上限）	補助金以下の場合には実費補助となります。
--------	-------------------	----------------------

<b>決定支給額</b>	円
--------------	---

- ◎1人が2回以上の接種を受けた場合、合算した金額に対して補助の上限は2,000円とさせていただきます。
- ◎領収証は、「日付・機関名・接種受診者の名前・インフルエンザ予防接種である事」が記載されているものを添付願います。
- ◎被扶養者分の申請がある場合は、なるべく被保険者分と合わせて申請願います。
- ◎補助金対象のインフルエンザ予防接種期間は原則、平成30年1月末日迄とさせていただきます。
- ◎申請書の最終受付日は、2019年2月13日（火）迄に当健康保健組合に到着分とさせていただきます。