

2022 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。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けておりますが、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。

<2022 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	2022 年 10 月 1 日～2023 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	2023 年 2 月 10 日（金）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 （ http://www.fbgkenpo.jp/ ）
支 給 方 法	平成 2023 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	① 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</u> が明記されたものの提出〔コピー可〕をお願いします。 家族分合算での領収証一括記載は不可（個々の金額等記載があるものを除く） 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、なるべくまと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られる為）

理事長	常務理事	事務長	健保受付

**2022 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 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		
※2023 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)	接種者氏名		接種医療機関名		接種日
		(歳)			月 日
		(歳)			月 日
		(歳)			月 日
		(歳)			月 日
		(歳)			月 日
		(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。		
決定支給額				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。※家族分合算での一括記載は不可(個々の金額等記載があるものを除く)
- ◎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、2023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、2023年2月10日(金)迄に当健康保健組合に到着分とさせていただきます。