

事 業 主 各 位

三 谷 健 康 保 険 組 合

## インフルエンザ予防接種費用の補助について

日頃より、当健康保険組合の事業運営にご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

つきましては、今年度の健康づくり事業の一環として、インフルエンザ予防接種の費用を下記要領にて補助いたしますので、ご多用のところ恐縮ですが被保険者の方への周知についてご配慮願います。

### 記

1. 対 象 者                    被保険者及び被扶養者
2. 対 象 期 間                令和元年 10 月 1 日～令和 2 年 1 月 31 日
3. 補 助 額（上限）           2, 5 0 0 円（一人につき 1 回まで）  
※予防接種費用が 2,500 円未満の場合は実費を補助します。  
※2 回接種をされた場合でも 1 回分のみとします。
4. 請 求 方 法                別紙請求書に必要事項を記入し、領収書の写しを添付の  
うへ健保組合へ提出してください。  
※領収書は、「接種された方の氏名」「予防接種代」「接種日」が記載  
されているものに限り、**レシート不可**。  
※被扶養者がいる方は、全員の接種が終わってから、ご家族分ま  
とめて 1 枚で請求してください。（領収書は全員分添付のこと）  
※2 人以上で 1 枚の領収書の場合は、接種された方の氏名 と金  
額の内訳を明記してもらってください。

インフルエンザの流行は 1 月上旬から 3 月上旬が中心であること、予防接種による効果が出現するまでに 2 週間程度を要することから、毎年 12 月中旬までに予防接種を受けることが望ましいと考えられています。予防接種ご希望の方は、なるべく年内に受け、接種後速やかにご請求下さい。

**請求書の最終受付は、令和 2 年 1 月 31 日です。**