

## 風しんワクチン接種費用の補助のご案内

被保険者および被扶養者の皆様を対象に、健康づくりの一環として、風しん予防接種の費用補助を行います。補助の対象の方は、ぜひご利用ください。

### 1. 補助対象者

三谷健康保険組合に加入の被保険者および被扶養者

※風しんの抗体検査をし、抗体を有していない者に限ります。

（抗体検査の費用は補助対象外）

※任意継続被保険者およびその被扶養者は対象外

### 2. 補助金額

3,000円（一人につき1回限り）

※ただし、自治体の補助がある場合は、自治体の補助の受領が優先となりますので、自治体からの補助額を除いた自己負担額が補助対象となります。自己負担額（自治体からの補助額を除く）が3,000円未満の場合は実費を補助します。補助金額については、各自治体のホームページでご確認ください。

また、昭和37年度～昭和53年度生まれの男性の方は、令和4年3月31日までの期間に限り、原則無料で抗体検査とワクチン接種を受けられます。お住まいの市区町村から、段階的に風しん抗体検査とワクチン接種のクーポン券が届きますので、対象の方はそちらを利用して下さい。

### 3. 補助金の請求方法

（提出書類）

《必ず提出いただくもの》

- ・「風しんワクチン接種費用補助請求書」
- ・領収書（原本）※「接種された方の氏名」「予防接種代」「接種日」「風しんワクチン接種であること」が確認できるものに限りします。
- ・抗体検査の結果が確認できるもの（コピー可）

《自治体補助を受けた場合のみ提出いただくもの》

- ・自治体からの補助金額が確認できるもの

健保組合 使用欄	補助金支給決定額	支 払 日		常務理事	担当上司	担当
	円	令和	年	月	日	

## 風しんワクチン接種費用補助請求書

三谷健康保険組合理事長 殿  
下記のとおり申請いたします。

被 保 険 者	記号・番号	被保険者氏名		事業所名						
	住 所			被保険者連絡先						
	〒 -									
予 防 接 種 を 受 け た 方	①	接種者名	生年月日	続柄	接 種 日					
			昭和 平成	年	月	日	令和	年	月	日
		医療機関名	自治体補助金額		実際に支払った金額					
			一部( 円) ・ 無		円					
	②	接種者名	生年月日	続柄	接 種 日					
			昭和 平成	年	月	日	令和	年	月	日
		医療機関名	自治体補助金額		実際に支払った金額					
			一部( 円) ・ 無		円					
受 取 方 法  (○を付けて下さい)	現金希望	連絡先 (内線又は電話番号)			【 現金受け取りの注意事項 】 ◎健保組合の窓口での受取りが可能な方のみ ◎後日ご連絡しますので受け取りに来てください					
	振込希望	銀行 信金 信組 農協		本店 支店 出張所	預金 種別	普通 当座				
		口座番号	口座名義 (被保険者名義)		フリガナ					

### 《添付書類》

1. 領収書(原本)

※「接種された方の氏名」「予防接種代」「接種日」「風しんワクチン接種であること」が確認できるもの

2. 抗体検査の結果が確認できるもの(コピー可)

3. (自治体からの補助を受けた場合のみ添付) 自治体からの補助金額が確認できるもの

### 【注意事項】

- ・抗体検査の費用は補助対象外となります。
- ・自治体の補助がある場合は、自治体の補助が優先となりますので、自治体からの補助額を除いた自己負担額が補助対象となります。