

事 業 主 各 位

三 谷 健 康 保 険 組 合

2024 年度新型コロナワクチン接種費用の補助について(新設)

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。

新型コロナワクチン接種は、2024 年 4 月 1 日以降は有料となっております。65 歳以上の方など自治体による定期接種対象者(*)は国からの補助がありますが、それ以外の方は任意接種となり全額自己負担(15,000 円前後の見込み)です。

つきましては、今年度の保健事業の一環として、**任意接種の方のみ新型コロナワクチン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および被扶養者の方への周知についてご配慮願います。

(*)自治体による定期接種対象者

・ 65 歳以上 ・ 60 歳～64 歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害のある方

記

1. 対 象 者 被保険者及び被扶養者で、任意接種を受けた方

▷自治体による定期接種の自己負担額は最大 7,000 円程度となっておりますが、現時点で確認できている自治体での自己負担額は 3,000 円前後です。よって、**定期接種を受けた方は当組合からの補助は対象外とします**。自己負担額は自治体により異なりますので、定期接種対象者は各自治体からの案内やホームページ等でご確認ください。なお、自治体の定期接種対象者であっても、自治体が決めた実施期間外や指定医療機関外で受けた場合は任意接種となりますのでご注意ください。

2. 接種対象期間 2024 年 10 月 1 日(火)～2025 年 3 月 19 日(水)

▷接種対象期間外に受けた方は補助の対象外となります。9 月 30 日までに受けた方や 3 月 20 日以降に受けた方は補助できませんのでご注意ください。

3. 補助額(上限) 5,000 円 (* 接種対象期間中 1 回のみ)

▷予防接種費用が 5,000 円未満の場合は実費を補助します。
▷任意接種を受けられる方は、ご自身で医療機関へ予約をして接種を受けてください。(医療機関によって、取扱いワクチンの種類、接種費用は異なります。)

4. 請 求 方 法

【提出書類】

- ・ 2024 年度新型コロナワクチン接種費用補助金請求書
- ・ 領収書(写)

- ▶「接種された方の氏名」「予防接種代」「接種日」「新型コロナワクチン接種であること」が確認できるものに限ります。
- ▶被保険者ご本人および被扶養者で接種を受けられる方がいる場合は、全員の接種が終わってからご家族分まとめて 1 回で請求してください。(領収書は全員分添付)
- ▶2 名以上で 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。
- ▶インフルエンザ予防接種を受けられ、補助を請求される方は、可能な限り一緒に請求書を提出してください。

◎ワクチンを受ける際には、感染症予防の効果と副反応のリスクの双方について、正しい知識を持っていただいた上で、ご本人または保護者の意思に基づいて接種をご判断いただきますようお願いいたします。

◎定期接種ではない場合(任意接種の場合)には、予防接種健康被害救済制度はなく、医薬品副作用被害救済制度の対象となります。

請求書の提出期限は、2025 年 3 月 19 日(水)健保組合必着です。