

事業主様

東海地区石油業健康保険組合

インフルエンザ予防接種補助について（ご案内）

日頃は、当健康保険組合の事業運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、今年度も「インフルエンザ予防接種補助」を実施致します。ご多用のところ恐縮に存じますが被保険者・被扶養者の皆様にご案内くださいますよう、宜しくお願い致します。

なお、今年度より被保険者確認欄を追加致しましたので、必ず確認、チェックをしてください。

記

【補助対象者】当組合の被保険者及び被扶養者（接種日に資格のある方）

【補助金額】申請は年度内に1回：上限2,000円（2,000円に満たない場合は実費）

※令和4年度接種分が対象。2回接種の場合は2回分まとめて申請してください。

【補助金申請方法】インフルエンザ予防接種補助申請書に受診者個人の名前が記入してある領収書の原本を添付して申請してください。（領収書の返却はできません）

【申請期限】令和5年3月31日必着

【注意事項】

1. 補助申請書は、個人または家族単位でご提出ください。
2. 領収書は受診者氏名・金額の記載、及び医療機関の領収印等が押印されたもので、レシートは不可です。また、予防接種証・明細書等だけでは領収書とはなりませんのでご注意ください。
3. 領収書は原則受診者毎に必要です。但し、各々の氏名・内訳金額が明記されている場合に限り、複数の受診者分を一枚にまとめた領収書でも可。（例参照）
4. 事業所として一括申請される場合は受診者一覧表を作成し、申請書に添付してください。（保険証番号・接種日・金額・氏名は必ず記載してください。）

*申請用紙が不足の場合は、コピーまたは組合ホームページ (<https://aiyukenpo.or.jp/>) よりダウンロードしてお使いください。



領 収 書	
石油 太郎 様	
¥ 5,800-	
太郎様 ¥4,000-	
一郎様 ¥1,800- (@900×2回分)	
但し インフルエンザ予防接種代として	
令和4年11月11日	上記正に領収いたしました
	愛石第一病院 印

受診者の内訳が明記されていれば、1枚の領収書でも可。

領収印または医療機関印等のあるもの。

目的が記載されているもの