

◎(B方式) 任意の医療機関でインフルエンザ予防接種をした場合の
補助金の請求方法等について

- 対 象 者 当健保組合の被保険者・被扶養者
※接種日の時点で喪失されている方は対象外となります。
- 補 助 金 額 等 同一年度内1人1回 1,500円(税込)を限度に支給
但し、13歳未満(小学生以下の小児)の被扶養者については、
同一年度内1人2回まで。
- 接 種 期 間 毎年10月1日～3月31日
- 請 求 期 限 翌年4月30日(健保組合必着)
- 請 求 方 法 等 下記書類を健保組合に提出してください。
※事業所で取りまとめて請求してください。
※個人での請求はできません(任意継続は除く)。
- 提 出 書 類 等 **1. (様式7)「B方式」インフルエンザ予防接種補助金請求書**
2. (様式7 続紙)「B方式」インフルエンザ予防接種個人別内訳書
3. 領収書(コピー可)
* 領収書余白に記号・番号をご記入ください。
* インフルエンザ予防接種を受診したことが明記されている、接種日・宛
名・接種者名が書かれている領収書に限り補助の対象といたしま
す。
* 任意継続の請求書は[こちら](#)
- 支 払 方 法 事業所の届出口座(保険給付費用)に後日、お振込いたします。
- * A方式(東振協契約医療機関)により接種した場合は、B方式(任意の医療機関)での補
助金を請求することはできません。**
- * なお、市区町村から予防接種費用の補助を受ける場合は、その補助制度が優先となります。**
※市区町村の補助後の金額から1,500円を限度に支給いたします。
- * 当健保組合では、「フルミスト点鼻液」を昨年度より補助金の対象とすることといたしました。**
ただし、対象年齢は**2歳以上19歳未満**となり、**年度内一回**が補助金の対象となります。
また、厚生労働省の製造販売を承認した「フルミスト点鼻液」のみ補助金の対象となります。
未承認の「フルミスト点鼻液」は対象外です。※補助額は皮下注射と同じです。