

任意継続被保険者 殿

東京都自動車整備健康保険組合
理事長 五十嵐 正樹
(公印省略)

インフルエンザ予防接種補助金の取扱いについて

平素は、当健保組合の事業運営につきましては、格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、インフルエンザ予防接種については、保健事業における疾病予防事業の一環として予防接種費用に対する補助金を支給しております。

つきましては、実施方法を下記の通りご案内いたしますので、被保険者並びに被扶養者の方へ、ご周知いただきますようお願い申し上げます。

記

- 対 象 者 当健保組合の任意継続被保険者・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 令和8年10月1日～令和9年3月31日
- 利 用 方 法 等 東振協契約医療機関で接種時に1,500円を引いた額をお支払いいただく(A方式)と、任意の医療機関で接種時は全額支払い後、
1,500円を事業所経由で健保組合に請求する(B方式)があります。
それぞれの要項は下記の通りです。

◎(A方式) 東振協の契約医療機関での接種方法について

- 予 約 方 法 東振協の契約医療機関に予約
- 予約受付開始日 令和8年9月1日
- 提 出 書 類 等 当日、予約済の東振協の契約医療機関窓口以下に以下の書類を提出してください。(契約料金から1,500円を差し引いた額をお支払い)
・**東振協専用インフルエンザ予防接種利用券**
※利用券は事前に東振協のホームページからダウンロードをして持参してください。
・**マイナ保険証又は資格確認書**

詳細は、**東振協ホームページ** (<http://www.toshinkyō.or.jp>) をご覧ください。

◎(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

○請求方法等 下記書類を健保組合に提出してください。

○提出書類等 ・別紙(様式7-1)「B方式」インフルエンザ予防接種補助金請求書

※ (様式7-1) は当健保組合ホームページからもダウンロードできます。

・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。

○請求期限 令和9年4月30日(健保組合必着)

○支払方法 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。

以上

ご質問・お問合せは下記へお願いいたします。

当健保組合 保健事業係

電話 03-3432-2401