

平成 26 年度インフルエンザ予防接種補助実施要綱

1. 対象者 ①デクセリアルズ健康保険組合被保険者
 ②①の家族で健康保険組合の被扶養者

* 各医療機関での個別接種者・被扶養者のみが本要綱対象者となります。
根上事業所の集団接種実施社員は、別途取り扱いとなります。

2. 補助金額 受診者 1 人につき 接種費用（消費税含む）に対して
 5 割（上限 1,000 円）
 * 1 年（年度内）につき、1 人 1 回のみ
 * 公費による助成があった場合は除く
 各自治体によって助成される対象年齢が異なりますので
 申請前に、よくご確認ください

3. 実施期間 対象期間：平成 27 年 1 月 31 日接種分まで
 申請期間：平成 27 年 2 月 15 日到着分まで

4. 支給方法 給与振込

5. 実施方法 次ページ参照 （必ずお読み下さい！）

7. 書類提出先
 デクセリアルズ健康保険組合（本社内）（9-500-801）
 社内便にて提出してください。

実 施 方 法

- ① 接種希望者は各自医療機関へ予約
- ② 予防接種を受け、窓口で全額支払う *必ず「領収書」をもらいましょう

注意！！

領収書には次の記載が必要です

- ① いつ（接種日） ②どこで（医療機関名）
- ② 誰が（接種を受けた方のフルネーム） ④何を（インフルエンザ 予防接種）
- ⑤ 接種費用（単価）

- ③ 予防接種を受けた方は、必ず下記書類を添えて提出してください。

- ・ インフルエンザ予防接種補助金支給申請書（別紙）
- ・ インフルエンザ予防接種を受けたことが明記された領収書（原本）
- ・ 接種者の健康保険証のコピー

（但し、被扶養者が遠隔地でコピーが取れない場合は、遠隔地被扶養者分コピーは省略可）

手続 Q&A

Q：子供3名同じ日に接種したが、領収書は1枚でいいの？

A：複数人の記載でも構いませんが、「どなたが」「いくらで」受けたのかが明瞭になっていることが条件です。氏名は必ず3名を明記して頂き、料金は3名が同額の場合は、「△△△×3名」でも構いませんが、料金が異なる場合は「〇〇様△△△円」とそれぞれ明記してもらうよう、医療機関へお願いしてください。

Q：予防接種を2回しなくてはならないといわれました。2回分の補助を頂けますか？

A：補助はあくまで1回のみです。2回目は自己負担でお受けになってください。