

インフルエンザ予防接種費用の一部を助成しています

共済組合では、インフルエンザ発症予防や発病時の重症化を防ぐことを目的として、インフルエンザ予防接種費用の一部を助成します。

助成を希望される場合は、次の項目にご注意いただき、請求してください。

なお、請求手続き等詳細については所属所の共済組合事務担当課へお問い合わせ願います。



1. 助成対象者

平成 29 年 10 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日までにインフルエンザ予防接種を受けた組合員及び被扶養者（地方公共団体等からの助成を受ける者を除きます。）。

2. 助成額及び回数

年度内において 1 人 1 回につき 1,500 円を限度として助成。

ただし、インフルエンザ予防接種費用が 1,500 円に満たない場合は当該費用を助成します。

3. 助成金請求時の必要書類

- ・インフルエンザ予防接種費用助成金請求書
- ・領収書（医療機関名、予防接種対象者の氏名、予防接種名（インフルエンザ予防接種と記入）、予防接種額及び領収日が明記されているもの。）

※領収書のコピーでは受付できませんのでご注意願います。

領収書	予防接種対象者の氏名	領収日
	共 済 太 郎 様	平成 29 年○月×日
	金 額	3,000 円 予防接種額
	但し <u>インフルエンザ予防接種代として</u>	
	予防接種名	上記のとおり領収しました
		○○病院
		医療機関名

請求忘れがないように、
予防接種を受けられたら
速やかに請求しましょう！

