

# インフルエンザ予防接種費用の一部を助成しています

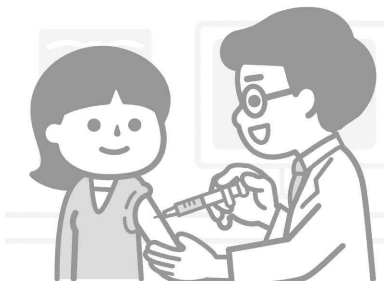
共済組合では、インフルエンザ発症予防や発症時の重症化を防ぐことを目的として、インフルエンザ予防接種費用の一部を助成します。

助成を希望される場合は、注意事項を確認のうえ請求してください。

なお、請求手続き等詳細についてはお勤め先の共済組合事務担当課へお問い合わせ願います。

インフルエンザは、例年12月～3月頃に流行するので、10月～12月中旬までの接種が望ましいとされています。

※13歳以上：1回接種（原則）  
13歳未満：2回接種



予防接種の効果は、接種（13歳未満は2回目）後約2週間～5か月程度までとされています。

インフルエンザワクチンの最も大きな効果は「重症化予防」です。

## 【注意事項】

### 1. 助成対象者

令和3年10月1日から令和4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（お住いの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  
（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）

### 3. 助成金請求時の必要書類

- ①インフルエンザ予防接種費用助成金請求書
  - ②領収書（原本）
- ※以下の項目が明記されているもの
- 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

領収書に予防接種名がない場合は、支払時の明細書に予防接種名が掲載している場合がありますので、明細書を添付するか、「インフルエンザ」と追記してください。

原本

領収書

令和3年〇月×日

共済 太郎 様

金額 3,000 円

但し インフルエンザ予防接種 代として上記のとおり領収しました

〇〇病院

お問い合わせ先

保健課

TEL 095-827-3139