

全 設 健 発 第 1303 号
令和 元年 9 月 20 日

事 業 主 殿

全国設計事務所健康保険組合
理 事 長 内 田 勝 巳
〔公印省略〕

令和元年度 予防接種補助金事業の実施について

謹啓 時下、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

当健康保険組合の運営につきましては、日頃よりご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、令和元年度 疾病予防事業の一環として、昨年度に続きインフルエンザ予防接種に対しまして、別紙要領により補助金を支給いたします。

つきましては、被保険者各位にご周知いただき、ご活用いただけますようお願い申し上げます。

なお、高齢者肺炎球菌予防接種につきましては、通年事業のため随時、申請を受け付けていますので、組合ホームページをご覧ください。

謹白

インフルエンザ予防接種補助金支給要領

1. 対 象 者

インフルエンザ予防接種は、被保険者及び被扶養者の方が対象で年齢制限はありません。

※対象者は当組合から健康保険被保険者証の交付を受けている組合員の方に限ります。同居されていても、**他の健康保険に加入されているご家族等は対象外になります**のでご注意ください。

2. 申 請 方 法

- ① 医療機関等で**令和元年10月1日～令和2年2月29日の期間に予防接種を受けてください。**
- ② 申請者（被保険者）は「**インフルエンザ個人別予防接種補助金明細書【事業所提出用】**」に必要事項を記入捺印して、予防接種を受けたことが明記された**領収書原本（写しは不可）**を添付（糊付け）して、事業所（会社）の事務担当者に提出してください。
 - ※被保険者個人ごとに用紙を分けてください。
 - ※同一世帯の申請は、期間中に1回とさせていただきます。ご家族の方が全て接種を終えてから申請してください。
 - ※領収書原本は、できるだけ個人の金額等が見えやすいように糊付けしてください。また、**接種済証は必要ありません**（ただし領収書と一体となっているものを除く）。**領収書以外のものは添付しないでください。**
 - ※この明細書のみで直接組合へ請求することはできません。一括して組合に請求するために、事業所へ提出するための用紙です。
- ③ 事業所の事務担当者の方は、各申請者から提出のあった上記明細書を**1ヶ月単位でとりまとめて、「インフルエンザ予防接種補助金支給申請書」**に必要事項を記入捺印して、組合健康管理課宛に一括して提出してください。

3. 補 助 額

2,000円を限度に実費相当額を支給いたします。

※市区町村等から予防接種の補助が支給される場合は、窓口支払額(実費)からその補助金額を控除した残額に対して、上記金額を限度に支給いたします。

4. 補 助 回 数

- ① 年間1回限りとさせていただきます。
- ② 2回法で接種された場合や、複数のワクチンを接種された場合は、**いずれか1つを選択して申請してください。**

5. 申 請 期 限

令和2年3月6日（金）組合必着といたします。

6. 注 意 事 項

- ① ワクチンは任意接種であり、接種の可否については各人で医師によくご相談され、判断していただきますようお願いいたします。
- ② 厚生労働省で認可されていないワクチン（フルミスト等）は補助の対象外となります。
- ③ 予防接種を受ける期間及び補助金を申請する期間を予め決めさせていただいております。**期間外のものについては受付できません。**ご注意ください。
- ④ 領収書原本は、明細書枠内に金額が見やすいように糊付けしてください。また裏面や別紙のご使用も差し支えありません。
- ⑤ 被保険者の方が事業所において集団で予防接種を受けた場合（同一医療機関で受けた場合に限る）は、個人別予防接種補助金明細書に代えて、別紙「**インフルエンザ予防接種連名簿【集団接種用】**」を使用して申請してください。この連名簿が必要な場合は、お手数ですが組合健康管理課までご連絡いただくか、組合ホームページからダウンロードしてください。
※連名簿を使用する場合も「予防接種補助金申請書」は必要です。
※個人で接種された場合、この連名簿は使用できません。
- ⑥ 効率的な事務処理を行うため、**同一事業所（あるいは支社単位）の申請は月1回まで**とさせていただきます。（各個人ごとの申請は受付いたしません〔ただし任意継続被保険者は除く〕）のでご注意ください。）また、個人別予防接種補助金明細書は、**番号順に並べて**ご提出くださいますようお願いいたします。
- ⑦ 補助金は事業所ごとに月1回の支給となります。申請者が明細書を事業所に提出→事務担当者が1ヶ月単位で取りまとめて当組合に提出→当組合が内容を審査・支給決定をするまでに、**概ね2～3ヶ月のお時間をいただく場合があります**ことをご了承ください。
- ⑧ 所定の申請用紙等は、組合ホームページ（<http://www.sekkei-kenpo.org/>）からも印刷出来ます。本通知と併せてご参照ください。
- ⑨ その他ご不明な点は組合健康管理課（☎03-3404-6811）までお問い合わせください。

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

別添のインフルエンザ個人別予防接種補助金明細書に基づき、一括で補助金を申請いたします。

なお、補助金については、申請者から受領委任を受けておりますので、「現金給付費支給
 手続規程」により指定口座に振り込んでください。

全国設計事務所健康保険組合 理事長 殿

事業所番号	
この申請書に添付されている明細書の枚数（ ）枚	
申請年月等	年 月分 本社・（ ）支社
所在地	〒 TEL
事業所名及び 事業主氏名	(印)
申請代表者名	(被保険者証番号)

※申請代表者名は、同一事業所の被保険者の方を指定してください（事業主の方でなくても構いません）

【申請時の注意】

1. この用紙はインフルエンザ予防接種補助金専用の申請書です。個人から提出のあった明細書、連名簿を月単位に取りまとめたうえ申請してください。原則は一事業所一申請としますが、ご希望により支社別に月単位にまとめても結構です。
2. 申請代表者名に記載がない場合は、申請者の中からこちらで指定させていただきますのでご了承ください。
3. 補助金は、申請者が明細書を事業所に提出→事務担当者が1ヶ月単位で取りまとめて当組合に提出→当組合が内容を審査・支給決定をするまでに、概ね2～3ヶ月のお時間をいただく場合がありますことをご了承ください。

全国設計事務所健康保険組合

インフルエンザ個人別予防接種補助金明細書【事業所提出用】

※この明細書で組合へ直接申請することはできません。
 ※ご家族の方が全て接種を終えてから、1回で申請してください。

下記のとおり予防接種を受けましたので、補助金を申請してください。
 なお、補助金の受領については、事業主に受領方を委任いたします。

所属事業所名				年 月
保険証記号番号	—	被保険者名	⑩	

接種を受けた者の氏名	年齢	続柄	接種を受けた医療機関名	接種年月日	支払った費用
				年 月 日	円
				年 月 日	円
				年 月 日	円
				年 月 日	円
				年 月 日	円
				年 月 日	円

領 収 書 添 付 欄 【裏面もご使用ください】

- ・できるだけ個人ごとの金額等が見えやすいようご配慮ください。
- ・左の枠より右側に貼ってください。

【注意事項】

1. ワクチンは任意接種であり、接種の可否については各人で医師によくご相談され、判断していただきますようお願いいたします。
2. この明細書で組合へ直接請求することはできません。一括して組合へ請求するために、事業所へ提出していただくための用紙です。
3. 「支払った費用」については、必ず一人一人の金額を明記してください。
4. 申請は年間1回限りです。2回法で接種された場合や、複数のワクチンを接種された場合は、いずれか1つを選択して申請してください。
5. 対象者は当組合から健康保険被保険者証の交付を受けている組合員の方に限ります。他の健康保険に加入されているご家族等は対象外になりますのでご注意ください。
6. 予防接種を受ける期間並びに補助金を申請できる期間は、毎年予め決まっています。必ず期間内に接種を受けて申請してください。期間外のものは受け付けいたしません。
 (※期間は毎年設定いたします。具体的な期限は事業所へ送付する案内書、広報誌、組合ホームページをご参照いただくか、組合担当までお問い合わせください)
<http://www.sekkei-kenpo.org/>
7. 1名当たりの補助額は、**2,000円**を限度に実費相当額を支給いたします。(※市区町村等から予防接種に係る補助が支給される場合は、窓口支払額(実費)からその補助金額を控除した残額に対して上記金額を上限に支給いたします。)
8. 厚生労働省で認可されていないワクチン(フルミスト等)は補助の対象外となります。
9. 補助金は、申請者が明細書を事業所に提出→事務担当者が1ヶ月単位で取りまとめて当組合に提出→当組合が内容を審査・支給決定をするまでに、概ね2～3ヶ月のお時間をいただく場合がありますことをご了承ください。

領 収 書 添 付 欄

- ・できるだけ個人ごとの金額等が見えやすいようご配慮ください。
- ・右の枠より左側に貼ってください。

【記入例】

インフルエンザ予防接種連名簿【集団接種用】

※この用紙は、社員の方が事業所において集団で予防接種を受けた場合にご使用ください。
個人で接種された場合は、この用紙は使用できません。

事業所番号 _____ 事業所名 _____ 電話 _____

接種を受けた 医療機関 名		接種年月日	年 月 日
証番号	接種を受けた者の氏名	支払った費用	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	

領 収 書 添 付 欄 【裏面もご使用ください】

- ・できるだけ個人ごとの金額等が見えやすいようご配慮ください。
- ・左の枠より右側に貼ってください。

領 収 書 添 付 欄

- ・ できるだけ個人ごとの金額等が見えやすいようご配慮ください。
- ・ 右の枠より左側に貼ってください。