

事 務 連 絡
令和 3 年 9 月 13 日

事 業 主 殿

全国設計事務所健康保険組合

令和3年度 予防接種補助金事業の実施について

謹啓 爽秋の候、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3年度 疾病予防事業の一環として、インフルエンザ予防接種に対し、別紙要領により補助金事業を実施することとなりましたのでお知らせいたします。

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のうえ申請してください。

謹白

◎ お問い合わせ等につきましては

組合 管理運営部 健康管理課 TEL 03-3404-6811 あてにお願いいたします。

組合ホームページアドレス <http://www.sekkei-kenpo.org/>

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となりません。**

2. 申 請 方 法

① 医療機関等で

令和3年10月1日 ~ 令和4年2月28日の期間内に
予防接種を受けたものが補助対象ですのでご注意ください。

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)のご担当者に提出してください。

※被保険者世帯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。

なお、本年度は、お子様が2回法で接種した場合、2回目も補助の対象
となります。【対象：0歳～12歳(小学生)までのお子様】

★2回分をまとめた領収書の場合、1回目2回目の各接種日および各費用がわかる但し書き、または明細書等の添付をお願いします。

※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。

★この際、剥がれやすい糊、セロハンテープ、ホチキスは使用しないようお願いします。

※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。

③ 事業所ご担当者の方は、各申請者から提出のあった「インフルエンザ個人別予防接種補助金明細書」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

3,000円を限度に実費相当額を支給いたします。(本年度は1,000円増額しております)

※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 12歳(中学生)以上の方が2回法で接種された場合は、いずれか1回分を選択して申請してください。

③ 本年度は、**お子様が2回法で接種した場合、2回目も補助の対象となります。**

【対象：0歳～12歳(小学生)までのお子様】

5. 申請期限

令和 4年 3月 8日（火）組合必着といたします。

ご協力をお願いいたします。

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。
※この予防接種は日本国内における季節性のインフルエンザ予防の事業ですので、海外勤務および海外在住の当該地域のインフルエンザ予防接種は対象外です。
- 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。期間外接種のものについては受付できませんのでご注意ください。
- 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。
- 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】**」で申請してください。
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。
- 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〔但し、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、**証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 補助金申請書が当組合に提出され、内容を審査・支給決定し、事業所口座への送金をするまでに**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/>）からダウンロードできます。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（TEL03-3404-6811）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」による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		年	月	日
この申請書に添付されている明細書の枚数〔 〕枚 ※枚数は間違えの無いようご確認ください。				
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				
※ 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）。

確 認 欄 ☐	記載内容および添付書類については誤りが無いことを確認しました。
--	---------------------------------

【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、本申請書に添付し申請してください。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、当組合に提出され内容を審査・支給決定し、事業所口座への送金をするまでに概ね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。

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】

※この明細書のみ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、補助金を申請します。
 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 日
保険証記号番号	—	被保険者名 (自署に限り押印省略)	

確 認 欄 ☐	記載内容および添付書類については誤りが無いことを確認しました。
-----------------------------------	---------------------------------

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	※ 2 回目 (√)	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

※0 歳～12 歳(小学生)の方で「2 回目」の接種の場合は必ず √ し、
 接種年月日と支払った費用を記入してください。

領 収 書【原本のみ・写しは不可】添 付 欄

- ・できるだけ個人ごとの金額等が見えやすいよう貼付してください。
- ・この欄の左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。

【記入例】

インフルエンザ個人別予防接種補助金明

※この明細書のみ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、補助金を申請します。
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

3年 10月 24日

必ず「被保険者名」
を自署記入してください。
(家族の氏名不可)

所属事業所名	〇〇設計事務所		
保険証記号番号	45 -1234	被保険者名 (自署に限り押印省略)	健 保 太 郎

確 認 欄

☐

記載内容および添付書類については誤りが無いことを確認しました。

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	※2回目 (✓)	接種年月日	支払った費用
健保 太郎	45	本人	設計クリニック	()	3年10月 5日	3,240 円
健保 花子	42	妻	組合診療所	()	3年10月 2日	3,500 円
次郎	13	長男				
桜	8	長女				
桜	8	長女	"	(✓)	3年11月 2日	2,500 円
				()	年 月 日	円

申請者全員の
氏名を記入して
ください。

必ず、接種年月日と支払った費用を明記してください。

0~12歳(小学生まで)の
2回目接種は ✓ してください。

領収書

健保 花子 様 ￥3,500—
健保 次郎 様 ￥3,500—
健保 桜 様 ￥3,500—

合 計 ￥10,500—

但し、インフルエンザ予防接種 代金
上記の金額を領収しました。

令和3年10月10日

組合診療所

渋谷区神宮前×一△

印

領 収 書

健保 太郎 様 ￥3,240—
健保 花子 様 ￥3,500—
健保 次郎 様 ￥3,500—
健保 桜 様 ￥3,500—
合 計 ￥13,740—

インフルエンザ予防接種 代金

2,500—

額を領収しました。

令和3年10月 5日

クリニック

区千駄ヶ谷△一×

印

接種 代金

11月2日

組合診療所

渋谷区神宮前×一△

印

この線よりも右側に
糊付けしてください。

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（被保険者）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。

この用紙は事業所集団接種（被保険者対象）の場合に使用します。

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【原本のみ・写しは不可】添 付 欄

- ・できるだけ個人ごとの金額等が見えやすいよう貼付してください。
- ・この欄の左枠より右側に貼ってください。