



# インフルエンザ予防接種 費用を助成します



組合員、被扶養者の接種が全て終了してから、**年度内1回の請求にご協力をお願いします。**

**対象者**

**組合員**及び**被扶養者**(任意継続組合員は除く)

**助成対象**

令和4年度中に接種したもの

**助成金額**

1人1回あたり**1,000円**(年度内に2回分まで)

- 居住市町村の助成があり、その助成額控除後の金額が1,000円以上の場合に助成の対象となります。

**請求方法**

「インフルエンザ予防接種助成金請求書」(請求書様式は[こちら](#)からダウンロードできます。)の裏面に「**予防接種者の氏名**」「**予防接種名**」「**予防接種額**」「**接種日**」の明記された「**医療機関発行の領収書(原本)**」を貼付のうえ、共済組合事務担当課へ提出してください。  
令和4年度接種分は令和5年3月31日が請求の期限です。

**注意点**

居住市町村の助成に領収書の原本を使用する場合は、その写しに共済事務担当課において原本証明を受けてください。

**送金先**

金融機関の末営業日の前営業日に、組合員の登録口座へ送金します。  
個人あてに送金通知は送付しませんので、通帳等で入金を確認してください。