

# インフルエンザ予防接種費用を助成します

組合員とその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7年度中に接種したもの                                                                                                                  |
| 助成金額 | 1人1回あたり <b>1,000</b> 円(年度内に2回分まで)<br>・助成対象となるのは、1回あたりの自己負担額が1,000円以上の場合です。<br>・居住市町村の助成がある場合は、その助成額控除後の金額が1,000円以上であれば助成ができます。 |
| 請求方法 | <b>「インフルエンザ予防接種助成金請求書」</b> に予防接種者の氏名、予防接種名、予防接種額、接種日が明記された <b>「医療機関発行の領収書(原本)」</b> を貼付し、共済事務担当課へ提出してください。                      |
| 注意点  | ・領収書の原本は返送しませんので、居住市町村の助成がある場合は、その助成を受けてから請求してください。<br>・居住市町村の助成に使用する等で領収書の原本を提出できない場合は、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ので、入金通帳等により確認してください。                                                                             |

