

インフルエンザ予防接種補助金事業

概 要	インフルエンザ予防接種をされた方に補助金を支給します。
対 象 者	当組合の被保険者。
補助対象期間	年度内 10 月 1 日から 3 月末の期間中の予防接種。
補 助 金 額	1, 500円(1 人につき期間中1回) 1, 500円未満の場合は実際に払った額。市町村等で補助がある場合はその額を除いた額で申請してください。
医 療 機 関	特に指定はありません。
申 請 方 法	事業所で取りまとめて月単位で支給申請書を作成し申請。 補助金は事業所へお支払いします。事業所にて各被保険者へ支給してください。(申請書はホームページでダウンロードできます。)
申 請 期 限	2025 年 4 月 10 日※
添 付 書 類	インフルエンザ予防接種をした医療機関の領収書(原本)。 (接種を受けた方の氏名、日付、医療機関名及び予防接種代である旨が明記されていること。)

※3月末までの予防接種に対して補助をいたしますが、申請期限は厳守してください。