



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)

対象期間

令和3年4月1日から令和4年3月31日まで
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)

- 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。
- 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円未満の場合は助成できません。

請求方法

「インフルエンザ予防接種助成金請求書」

(請求書様式は当組合ホームページからダウンロードできます。)

添付書類を裏面に糊付けのうえ、共済事務担当課へ提出してください。

添付書類：「**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「**医療機関発行の領収書(原本)**」 ※令和3年度分の請求は令和4年3月31日が期限となります。

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。
- 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。
個人あてに送金通知書は送付しませんので、通帳等で入金を確認してください。