

インフルエンザ予防接種費用補助のお知らせ

令和3年9月

事業主組合員の皆様へ

東京都薬剤師国民健康保険組合

インフルエンザの感染予防や重症化防止を目的として、今年度もインフルエンザ予防接種費用の一部を補助する事業を実施します。

1 対象とする予防接種

国内の医療機関で令和3年10月1日～令和4年2月末日までに受けたインフルエンザ予防接種

2 対象者

接種日現在、当組合に加入している被保険者（本人と家族）

ただし、次の①と②に該当する方は対象外です。

- ① 他の制度で補助を受けている方（60～64歳の方で、心臓、じん臓、呼吸器の機能、又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に1級相当の障害のある方など）
- ② 65歳以上の方

3 申請期間

令和3年10月1日～令和4年3月31日

4 補助の金額

組合員1人、年1回、1,500円（上限）

- ・自己負担額が1,500円を下回る場合は、自己負担額まで補助します。
- ・2回接種法の場合でも、補助は1回だけです。

5 補助金の支払

申請分を月単位で取りまとめ、2か月後の25日までに次の口座へ振り込みます。

事業所：保険料引き落とし口座

家族分：指定口座

6 送付先

〒110-0013

東京都台東区入谷 1-6-6-207

東京都薬剤師国民健康保険組合

7 申請方法

★ 事業所単位で申請する場合

事業所の場合は、事業主が従業員分も一括して、個人加入組合員の場合は、接種を受けた組合員が申請してください。（振込先が事業所であれば家族分も一緒に申請可）

- ① インフルエンザ予防接種費用補助金申請書 【事業所申請用】
- ② インフルエンザ予防接種費用補助金申請書 2 枚目（5 人以上の場合）
- ③ 領収書（原本であり、接種日・氏名・医療機関名・但書に記載があること）

★ 家族分のみ申請する場合

- ① インフルエンザ予防接種費用補助金申請書 【世帯別個人申請用】
- ② 領収書（原本であり、接種日・氏名・医療機関名・但書に記載があること）

※ 家族のみの申請になりますので、従業員の方は事業所の方で申請願います。

【領収書に関する注意点】

- * 領収書の氏名はフルネームをお願いします。
- * 領収書が事業所や支店等で一括になっている場合は、領収書ごとに氏名、金額を記入あるいは一覧表を添付してください。
- * 但書は「インフルエンザ予防接種代」と記載してください。但書に記載がない場合は、診療報酬明細書の添付もお願いします。
- * **領収書（原本）の返却はいたしません。必要な方は事前にコピーをお取りください。**
(どうしても原本が必要な場合は、原本とコピーの両方をご送付ください。確認後返送いたします。)

8 その他

組合の事務処理及び振込手数料負担を軽減するため、事業所の場合は、従業員が個別に予防接種を受けている場合であっても、事業主（代表者）が取りまとめて補助金の申請をお願いすることとしましたので、ご協力をお願いいたします。

「補助金申請書」は、組合ホームページからダウンロードできます。

ダウンロードできる環境がない方は、組合（03-3874-7411）までご連絡ください。

「よくある質問」は、運用の変更等があった場合に随時変更しますので、組合ホームページでご確認ください。

お問合せ

東京都薬剤師国民健康保険組合事務局
電話番号 03（3874）7411