

被保険者各位

日本製紙健康保険組合

インフルエンザ予防接種(補助)について

保健事業の一環として「インフルエンザ予防接種(補助)」を下記のとおり実施いたしますので、ご希望の方は下記の要領で申請いただきますようお願いいたします。

なお、市区町村でインフルエンザ予防接種の公費補助を受けられる場合は、自己負担額のうち2,000円を上限として補助いたします。

記

1. 対 象 者 被保険者(本人)と被扶養者(日本製紙健保組合に認定されている家族)
2. 補 助 額 上限 2,000円／1人当り
※1回の費用が2,000円未満だった場合は実費を補助します。
但し2回接種者は実費が2,000円に達するまで(2回目)申請可能です。
(例:1回目1,000円だった場合、2回目1,000円も申請可能)
3. 補 助 の 申 請 **(1)事業所で集団接種/予め健保補助2,000円を控除して接種した場合**
既に健保補助金が控除されていますので、個人の申請は不要です。
(2)事業所で集団接種/全額自己負担で接種した場合
「インフルエンザ予防接種補助金申請書」に領収書(原本)を貼付け、健保組合へご提出ください。
(3)個人が病院等で接種した場合
「インフルエンザ予防接種補助金申請書」に領収書(原本)を貼付け、健保組合へご提出ください。
※予防接種補助金申請書は当健保組合のHPに掲載しております。
4. 領収書記載内容 ①接種を受けた方の氏名(医療機関で記載)
②代金(医療機関で記載)
③インフルエンザ予防接種代としての文言(医療機関で記載)
※複数が受けた場合は、各自の氏名・代金(被保険者記入可)
5. 補 助 対 象 令和8年9月1日 から 令和9年1月31日まで に接種したもの
(経鼻生ワクチン(フルミスト)も含まれます。)
6. 申 請 期 限 令和9年2月28日まで
※申請期限を過ぎた場合、補助金の支給はできませんのでご注意下さい。

以 上