

インフルエンザ予防接種助成事業について

今年度も、組合員が自己負担を伴うインフルエンザ予防のための予防接種を行った場合に、その費用の一部を助成する「インフルエンザ予防接種助成」を次のとおり行います。

1 対象者

組合員（被扶養者及び任意継続組合員は対象外となります。）

2 助成回数及び金額

対象年度 1 回に限り、1 人あたり 1,000 円を助成

自己負担額が 1,000 円に満たないときは助成の対象とはなりません。

予防接種費用を地方公共団体が全額負担した場合は、助成の対象とはなりません
が、予防接種費用を地方公共団体が一部負担した場合において、組合員の自己負担が 1,000 円以上あるときは助成の対象となります。

3 接種対象期間

平成 24 年 10 月 1 日～平成 25 年 1 月 31 日の間に予防接種をしたものが助成の対象となります。

4 申請方法

申請方法は所属所ごとに異なりますので、各所属所の共済組合事務担当者までお問い合わせください。

なお、組合員が直接医療機関において予防接種を受けた場合の申請方法は次のとおりとなります。

予防接種を受けた後「インフルエンザ予防接種助成金申請書」(個人送金用)に次の書類を添付し、所属所共済組合事務担当課を經由して本組合あて提出してください。

添付書類・・・領収書の原本（予防接種名・被接種者氏名・接種日・金額等の表示があるもの）【レシート不可】

申請書は、本組合ホームページからダウンロードできます。

5 申請期間

平成 24 年 10 月 1 日～平成 25 年 2 月 28 日（本組合必着）となります。

申請期間を過ぎてからの受付はできませんのでご注意ください。

6 送金方法

各月末日（末日が休日のときは前営業日）までに請求書類が本組合に到着したもののについて、原則翌月 29 日に組合員の給付金等受取口座に送金します。

なお、送金を行った際は所属所にこの旨をお知らせしますが、個別に送金通知書を発行することはいたしませんので、通帳にて入金のご確認をお願いします。