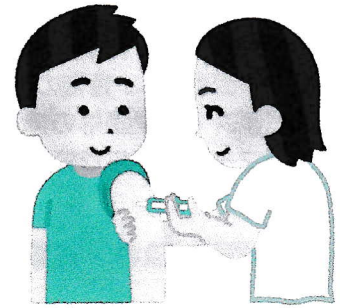


# 令和5年度インフルエンザ予防接種助成事業のお知らせ

インフルエンザの感染予防、重症化予防及び経済負担の軽減を図るため、今年度もインフルエンザ予防接種助成事業を次のとおり実施いたします。予防接種を受ける前に下記事項をご確認のうえ申請ください。



## 1 助成対象者

組合員（任意継続組合員は除く）及びその被扶養者（被扶養配偶者及び平成17年4月2日以降に生まれた者に限る）

## 2 接種対象期間

令和5年10月1日～令和6年1月末日までの間に接種したものを。

## 3 助成金額

年度内1人1回に限り1,000円（最終自己負担額が1,000円以上となった場合に助成）

ただし、1回の接種費用が1,000円以上でない場合及び市町村や所属所等が組合員等のインフルエンザ予防接種に対し助成を実施している場合は、それらの助成を優先して控除した組合員等被接種者の最終自己負担額が1,000円以上とならない場合は助成対象外となります。

## 4 助成金申請方法

被接種者氏名、予防接種名（**インフルエンザ予防接種**）、接種費用、接種日、医療機関名、医療機関の印（**医療機関、医師の証明印又は領収印**）が、記載・押印された医療機関発行の領収書（原本）をインフルエンザ予防接種助成金申請書（組合員送金用）に添付して、**各所属所共済事務担当課へ提出願います。**

※ 手書きの領収書又はレシートの領収書の場合であっても、上記必要事項の記載があり医師等の証明印、又は領収印が押印されていれば添付は可能です。

※ 申請書については、本組合ホームページ共済NEWS又は各所属所共済事務担当課で入手できます。

## 5 申請期間

令和5年11月1日～令和6年2月末日まで（共済組合必着）

## 6 助成方法

助成金は、共済組合で申請書を受け付けた月の翌月末日（当日が金融機関が休業日の場合はその前日）に、組合員届出送金口座に送金します。送金通知書は交付しませんので、通帳等で入金を確認してください。

なお、通帳に記載される振込者名は「グンマケンシチヨウソン」となります。

### 注意事項（申請書提出前に必ずご確認ください。不備があった場合は返戻させていただきます。）

- 申請書の添付書類は**領収書の原本**です。（接種済証は不可）
- 領収書に予防接種名がない場合は、**必ず医療機関で「インフルエンザ予防接種代」と追記**してもらってください。なお、領収書になく診療明細書等に記載のある場合は領収書と一緒に明細書も添付してください。
- 領収書の予防接種代の中に、複数の助成対象者が含まれている場合は、必ず医療機関で全接種者名を領収書に記名してもらってください。
- 2回に分けてインフルエンザ予防接種を受けた場合でも年度内に1人1回1,000円が限度です。
- 助成対象者の被扶養者については、本組合の被扶養者として認定されている方が対象となりますので、接種したご家族が、対象者要件に合致するか再度確認をお願いいたします。
- 領収書の原本が他制度の申請に使うため、添付できない場合はその理由を申請書の理由欄に必ず記入のうえ、領収書の写しに所属所長の原本証明を受けて添付してください。

（領収書見本）

領 収 書

令和5年10月1日

共済 一郎 様

¥4,500円

（但し、あなた様が同日に接種しました  
インフルエンザ予防接種代として上記正に領収しました。）

●●市▲▲町1-2-3 きょうさい病院



領 収

きょうさい医院  
2023-10-25

★4,500 計

★4,500 小計

★ 0 税計

インフルエンザ予防接種代  
共済太郎様分



レシートの場合は、  
必要事項が  
記載・押印されて  
いるか再チェック  
しましょう！