

事業主・ご担当者 各位

伊藤忠連合健康保険組合

令和3年度 インフルエンザ予防接種にかかわる費用補助の取扱いについて

拝啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は当組合の事業運営に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて 今年度もインフルエンザ予防接種を受けた被保険者及び被扶養者を対象に、一人当たり二千円を上限として費用補助を行います。下記実施要領の通り申請くださいますよう、被保険者の皆様へのご周知をお願い致します。尚、申請の際は当組合ホームページに令和3年9月掲載する新書式をご利用ください。

敬 具

記

【実施要項】

1. 補助対象接種期間： 令和3年10月1日から令和3年12月31日まで
2. 補助額： 一人2,000円上限（年1回）
3. 補助対象者： 当組合の被保険者及び被扶養者で、接種日に資格を有する者
4. 提出書類： 「予防11 インフルエンザ予防接種補助金請求書」及び、
「領収書のコピー」
・事業主が取り纏めて申請する場合は、
「予防12 インフルエンザ予防接種補助金請求書（事業所担当者用）」
及び「領収書のコピー、又は請求書及び支払済みであることを証する書類のコピー」
5. 提出先住所： 〒103-8427 東京都中央区日本橋小伝馬町 15-14
6. 支払方法： 受任者払い（当組合届済み受任者口座へ振込）
7. 補助金申請期限： 令和4年3月31日まで
尚、令和4年3月31日までに補助金のお支払いを希望される場合は、
令和4年1月31日までに提出をお願いします。

<注意事項>

- 「領収書のコピー」について（裏面参照）
1. 領収書の記載内容を確認ください。
領収書の宛名は個人名で、フルネームで記載されているか
接種日、インフルエンザ予防接種代であることの記載があるか
・領収書に記載がない場合は領収明細や接種済証の写しをあわせて提出のこと
・複数名分の合計額で記載された領収書は、接種者全ての氏名、及び個別接種費用の内訳の記載が必要（手書き可）
領収書作成者の氏名・名称の記載があるか
 2. 領収書をA4サイズの用紙にコピーし、「予防11 インフルエンザ予防接種補助金請求書」、「領収書のコピー」の順に重ね、左上一箇所を糊付けして提出ください。領収書のコピーは何枚になっても構いませんので、コピーを取る際に領収書を折り曲げたり、重ならないようコピーをお願いします。
尚、コピーができない場合等は、領収書原本を提出いただくことも可能ですが提出いただきました領収書は返却できませんのでご了承ください。
補助金請求は年間に1回です。小学生以下のお子様で2回接種をした場合は2回分をまとめて請求ください。（1回分の接種代が2000円を超えている場合は、1回分のみでの請求も可能です）
「委任状」欄に受任者（健保登録受任者の氏名）ならびに委任者（被保険者）の署名をお願いします。
各自治体のインフルエンザに関する補助制度を利用される場合は、インフルエンザ予防接種費用から各自治体の補助額を差し引いた自己負担額が、当組合の補助対象となります。自己負担額が確認できる領収書等のコピーを添付のうえ請求ください。

以 上

