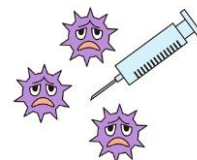


インフルエンザ予防接種補助事業のご案内

さて、疾病予防事業の一環として実施しております、インフルエンザの予防接種に対する費用の補助事業を、今年度も下記のとおり実施いたします。

この事業は、インフルエンザ予防接種を受けることで感染を未然に防ぎ、仮に発症した際でも症状が軽減する効果が期待できます。又、皆さまの健康を守ることと医療費の負担が削減されることを、目的に実施いたします。

インフルエンザの流行が拡大する前に備え、ぜひご利用ください。



記

- ◆ 対象者 予防接種時において当組合の被保険者・被扶養者資格のある方。
但し、次の方は除きます。
◎ 予防接種法又は市町村の条例等により公的補助が受けられる方
(例えば、65歳以上の方やお子様で、2,000円未満の自己負担で予防接種を受けられる方等が考えられます)
* 予防接種利用可能な対象年齢は、医療機関によって異なりますので、直接医療機関へお問い合わせください。
- ◆ 接種期間 令和3年10月1日～令和4年1月31日
- ◆ 組合補助額 2,000円を上限に、実費を補助します。
- ◆ 補助回数 期間内1回限り
- ◆ 実施方法 ご利用方法は、次の2種類となりますので、いずれか1つを選んでください。

【Ⅰ】 「一般財団法人東京都総合組合保健施設振興協会」(略称：東振協)の契約医療機関で受ける場合

【Ⅱ】 最寄りの医療機関で受ける場合

なお、【Ⅱ】での請求の場合は、利用される皆様はもとより、事業所のご担当者にもお手数をおかけしますので、できる限り【Ⅰ】での利用をお願いいたします。

※ご不明な点があれば、当組合までお問い合わせください。

東振協が契約する医療機関（全国約3,500ヶ所）にて予防接種ができます。会計時に東振協の契約料金（上限3,960円）から補助額（2,000円）を差し引いた金額で受けることができますので、補助金の請求をする必要がありません。

[利用方法] ※当組合への申込みは不要です

1. 東振協のホームページから、該当する予防接種の実施方法を選択してください。

◆院内予防接種…業務委託医療機関で接種する。

※小児予防接種は実施可能な医療機関に限ります。

◆集合予防接種…近隣に予防接種会場を設置し、実施する。

◆出張予防接種…事業所に医療スタッフを派遣し実施する。

2. 「インフルエンザ予防接種実施機関一覧」から希望する医療機関を選び、**直接お電話で必ず予約してください。**

3. 予約確定後、**A又はBの方法で、利用券**を準備してください。

(医療機関又は集合会場で予防接種を受診する場合)

A. 東振協ホームページから「インフルエンザ予防接種利用券」を出力してください。

出力の際に当健康保険組合の保険者番号「06273148」の入力が必要です。

B. 同封しております「東振協専用インフルエンザ予防接種利用券」をコピーし、アミカケ部分を記入してください。

※出張予防接種を希望する場合は、**利用申込書**を東振協ホームページよりプリントし、郵送又はFAXにより予約申込みを行ってください。

4. 予防接種当日、予約した医療機関に「利用券」と「健康保険証」を提出してください。

5. 会計時に、補助額（2,000円）を差し引いた自己負担金を、お支払いください。

詳細、利用券、契約医療機関等については下記ホームページへ **東振協インフルエンザ** **検索**

[東振協ホームページ] <http://www.toshinkyoo.or.jp/influenza.html>

(令和3年9月1日から申込受付開始)

【Ⅱ】

最寄りの医療機関で受ける場合

(窓口で全額負担し、事業所経由で補助金を請求)

【Ⅰ】の方法での契約医療機関が、お近くになく利用できない場合は、最寄りの医療機関で一旦全額自己負担のうえ、予防接種を受けていただき、後日、当組合に補助金を請求してください。

(注) 請求書受付最終締切日：令和4年2月28日必着

(締切日を過ぎた請求書は、受付できませんので、ご注意ください)

[請求方法]

1. 接種後、事業所で取りまとめの上、次の書類を当組合へご提出ください

- 「インフルエンザ予防接種補助金請求書」 (様式1)
 - 「インフルエンザ予防接種者一覧表」 (様式2)
- } 事業所にて作成してください。
- (経理用・施設用・事業所用の3種類)
- (Excel ファイルをご希望の場合は、お申し出ください)

- 領収書 (原本) …別紙<領収書の注意点>を参照してください。

補助金は、10月～翌年2月までの各月の20日又は月末(休日の場合は、前日)に事業所へ一括振込いたしますので、該当者の方にお渡しください。

※添付する領収書は、予防接種者名(フルネーム)・予防接種年月日・医療機関名・医療機関の領収印・予防接種金額・インフルエンザ予防接種代と明記してあるもの。

2名以上の接種を1枚の領収書で申請される場合は、予防接種者全員の氏名(フルネーム)及び予防接種費用の単価の明記も必要です。

◆注意事項◆

- ・領収書… “インフルエンザ予防接種” の明記がない場合は不可。
(“予防接種” のみの記載だけでは不可)
医療機関の領収印が押されているか確認してください。
名前が、事業所名になっている場合がありますが、必ず個人名が必要。
予防接種料が2,000円未満等金額の低い領収書の場合は、市区町村等から補助がないか、確認してください。
- ・補助金請求書等…事務処理の関係上、補助金請求書等は経理用・施設用・事業所用の3種類を提出してください。支払日が決定しましたら、事業所へ通知いたします。

事業所で取りまとめの上、作成して提出してください

(経理用・施設用・事業所用の3種類)

見本

(組合経理用)

様式1

| | | | | | |
|------|-----|----|------|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 課長代理 | 係長 | 係 |
| | | | | | |

| | |
|------|--|
| 整理番号 | |
|------|--|

受付年月日

インフルエンザ予防接種補助金請及び通知書

近畿化粧品健康保険組合 御中

◆ 請求者

| | | | | |
|-------|-----|------|-----|---|
| 事業所記号 | 事業所 | 所在地 | 〒 | — |
| | | 名称 | | |
| | | TEL | () | |
| | | 担当者名 | | |

予防接種の補助金を下記のとおり領収書添付の上、請求いたします。

| | | |
|------|--|---|
| 請求金額 | | 円 |
|------|--|---|

※支払日は 年 月 日予定

◆ 添付書類: 領収書 _____ 通

◆ 内訳

| 区分 | ① 利用人員 | ② 支払額合計 (領収書の金額) | ③ 請求額(組合補助額) |
|------|--------|---------------------|--------------|
| 被保険者 | 名 | 円 | 円 |
| 被扶養者 | 名 | 円 | 円 |
| 合計 | 名 | 円 | 円 |

◆ 振込先 (事業所名義の口座をお願いします)

| 銀行名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義人 |
|-----|-----|------|------|--------|
| 銀行 | 本店 | 普通 | | (フリガナ) |
| 金庫 | 支店 | 当座 | | |
| 農協 | 出張所 | その他 | | |

* 添付書類及び記入についての注意

1. 本請求書には必ず医療機関の領収書(原本)・予防接種者一覧表を添付してください。

※添付する領収書は、予防接種者名(フルネーム)・予防接種年月日・医療機関名・医療機関の領収印・予防接種費用・インフルエンザ予防接種代と明記してあるもの。

2名以上の接種を1枚の領収書で申請される場合は、予防接種者全員の氏名(フルネーム)・予防接種費用の単価の明記も必要です。

(組合経理用)

様式2

| | | | | | |
|------|-----|----|------|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 課長代理 | 係長 | 係 |
| | | | | | |

| | |
|----------|--|
| 整理 番号 | |
|----------|--|

インフルエンザ予防接種一覧表

| | | | |
|-------|-----|--------------------|----------------|
| 事業所記号 | 事業所 | 所在地 名称 T E L | 〒 — () |
| | | 担当者名 | |

| | 被保険者 番号 | 受診者名 | 続柄 | 生年月日 | 接種日 | 支払金額 (領収書金額) | 組合 補助額 |
|----|------------|------|-----|-----------|-------|-----------------|-----------|
| 1 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 2 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 3 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 4 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 5 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 6 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 7 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 8 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 9 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 10 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 11 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 12 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 13 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 14 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 15 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 16 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 17 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 18 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 19 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 20 | | | 本 家 | S・H 年 月 日 | 年 月 日 | 円 | 円 |

<領収書の注意点>

【例1 領収書】

領収書
令和2年11月1日

健保 一郎様

¥ 3,600 円

(但し インフルエンザ予防接種料として)

〇〇市〇〇町〇〇
〇〇〇病院 印

「インフルエンザ予防接種代」の記載はありますか？

表示がない場合は、「インフルエンザ予防接種代」と記載のある領収書を提出していただくか、「インフルエンザ予防接種済証明書」を合わせて提出してください。

領収書の宛名は接種者(フルネーム)になっていますか？
事業所名になっていませんか？

請求書健領収書

患者番号 5388

氏名 健保 一郎様

令和2年11月1日

| | | | | | |
|-------|-------|------|-----|----|----|
| 初・再診料 | 医学管理等 | 在宅医療 | 投薬 | 注射 | 処置 |
| 手術 | 検査 | 画像診断 | その他 | | |

| | | | |
|--------|-------|------|-------|
| 保険点数合計 | 負担率 | 負担金 | |
| 円 | 円 | 円 | |
| | 保険外合計 | 消費税等 | 前回来収金 |
| | 円 | 円 | 円 |

| | | | |
|------|-------|------|-----|
| 請求金額 | 今回未収金 | 領収金額 | 領収印 |
| 円 | 円 | 円 | 印 |

(但し インフルエンザ予防接種料として)

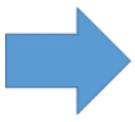
〇〇市〇〇町〇〇 〇〇〇病院

領収印はありますか？

領収印を省略している医療機関もありますので、その場合は必ず領収印の押印をお願いしてください。

【例2 領収書(複数名分)】

~~領収書
令和2年11月1日
健保 一郎様
¥ 6,000 円
(但し インフルエンザ予防接種料2名様として)
〇〇市〇〇町〇〇
〇〇〇病院 印~~



領収書
令和2年11月1日

健保 一郎様

¥ 6,000 円

(但し インフルエンザ予防接種料として)
一郎様 3,500円 太郎様 2,500円

〇〇市〇〇町〇〇
〇〇〇病院 印

「インフルエンザ予防接種代」の記載はありますか？
接種者それぞれの方のお名前、金額が記載されていますか？

表示がない場合は、「インフルエンザ予防接種済証明書」を併せて提出してください。

事業所に医師等と呼ばれて、一度に従業員の方が予防接種を受けられた場合でも、当組合加入者の個人ごとの領収書もしくは医療機関が作成した領収書と受診者の一覧表が必要となります。

<昨年度実施した際に不備が多かった点>といたしまして、

- ・領収書に“予防接種”のみの記載だけで、“インフルエンザ予防接種”の明記がない。
(“予防接種”のみの記載だけでは不可)
- ・名前が、事業所名になっている場合があるが、必ず個人名が必要。
- ・予防接種料が2,000円未満等金額の低い領収書の場合は、市区町村等から補助がないか、確認してから提出してください。