

令和3年度 インフルエンザ予防接種補助事業実施要領

本事業は、みづほ健康保険組合の被保険者及び被扶養者の健康の保持増進に資するため、疾病予防事業の一環としてインフルエンザ予防接種者に対してその費用の一部を補助し、インフルエンザの予防と重症化の防止を図るとともに医療費の削減に寄与することを目的とする。

記

1. 対象者

被保険者及び被扶養者

2. 実施期間

令和3年10月～令和4年1月

3. 実施場所

最寄りの医療機関又は保健所等において接種を受けてください。

4. 補助金額

一人年度内1回 1,000円を限度とします。

(注) 予防接種が2回接種法の場合も、2回接種で1セットのため、補助は1回とします。

5. 補助金請求方法

- ・ 接種者は、領収書(原本)を事業所担当者へ提出し事業所担当者は、別紙「インフルエンザ予防接種補助金請求書」(事業所請求用)に、「インフルエンザ予防接種補助金請求者名簿」及び「領収書」を添えて当健康保険組合に請求する。請求は、原則1ヶ月または半月単位でお願いいたします。

※事業所の事務担当の方におかれましては、補助金請求書の取りまとめ等についてお手数をおかけいたしますが、よろしくお願いいたします。

6. 請求書受付期限

令和4年2月25日(金)まで[厳守]

支給決定欄	伺の日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	係
	支給決定額	円				
	補助金 算定基礎			被保険者 名	被扶養者 名	合計 名

インフルエンザ予防接種補助金請求書

1 請求期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 接種分

2 受診者数 _____ 名

3 請求金額 _____ 円

【添付書類】

1 インフルエンザ予防接種補助金請求者名簿

2 領収書（原本） A4用紙等に貼付してください。

※ 領収書の但し書きには、インフルエンザ予防接種である旨を記載してもらおうよう、受診医療機関へご依頼ください。

【注意事項】

1 実施の期間 令和3年10月1日から令和4年1月31日

2 請求受付期限 令和4年2月25日（金）

3 補助金の額 実施期間内に1回のみ1,000円を限度として補助します。ただし、予防接種費用（自己負担額）が補助限度額に満たない場合は、実際に要した費用までとします。（※予防接種が2回接種法の場合は、2回接種で1セットのため補助は1回とします。）

上記のとおり実施したので、補助金請求をいたします。

令和 年 月 日

みづほ健康保険組合理事長 殿

所在地

事業所名称

事業主

㊞

補助金振込先

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
		普通		
		当座		
金融機関コード	コード			

受付日付印

インフルエンザ予防接種補助金請求者名簿

事業所名 _____

事業所記号					
番号	接種を受けた方の氏名	番号	接種を受けた方の氏名	番号	接種を受けた方の氏名

上記のとおり請求します。 令和 年 月 日

みづほ健康保険組合理事長 殿

受付日付印