

東プ健発第 108 号  
平成 22 年 9 月 21 日

事業主 殿  
事務担当者 殿

東日本プラスチック健康保険組合  
( 公 印 省 略 )

### インフルエンザ予防接種補助金事業の実施について

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より、当組合の事業運営につきましては、格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、今年度も被保険者並びに被扶養者の皆様に健やかに過ごしいただくために、「インフルエンザ予防接種補助金事業」を実施いたします。

なお、「インフルエンザ予防接種補助金事業」の実施要領は、機関紙「東プラけんぽ秋号」および健保組合ホームページにも掲載いたします。

業務ご多忙のところ事務担当の皆様には、お手数をおかけいたしますが、よろしく願い申し上げます。

担当:業務部事業課

TEL 03-3862-1054(直通)

# インフルエンザ予防接種補助金事業の実施について

1.実施時期 平成 22 年 10 月～平成 23 年 1 月

2.対象者 被保険者・被扶養者。  
ただし、下記に該当されている方は対象外です。  
(1)接種日に資格喪失(削除)している方  
(2)実施期間以外に接種した方  
(3)65 歳以上で公的補助を受けた方

予防接種法により 65 歳以上の方は公的補助が受けられません。接種前に申請が必要な場合がありますので、お住まいの市区町村・医療機関にお問合せください。

3.補助金額 1 名につき年度内 1 回 1,500 円を限度とします。  
ただし、2 回接種法で 1 回が 1,500 円未満の場合は、合算して 1,500 円まで補助します。(2 回分の領収書をまとめて提出してください)

4.実施方法 (1)最寄りの医療機関で接種し、その際に別紙 1 または機関紙「東プラけんぼ 2010 年秋号」差し込みの領収書を持参して医療機関に記入してもらってください。  
(2)接種後、「領収書の原本(コピー不可)」を事業主に提出してください。事業所は領収書に請求書(別紙 2)を添付して、健保組合事業課へ提出してください。  
(3)毎月 10 日締め、毎月々末に事業所宛に補助金をお支払いいたします。

**請求最終締切日 平成 23 年 3 月末日【健保組合必着】**

疾病予防健診の契約医療機関でも接種可能な医療機関がありますので、医療機関にお問い合わせください。

5.注意事項 領収書はお返ししません。  
また、下記のような領収書は受付できませんのでご注意ください。  
(1)医療機関(またはその代表者)の印がない場合  
(2)誤字、記入もれ等の不備がある場合  
誤字は医療機関の訂正印が必要です。修正液・修正テープ等は不可。

医療機関発行の領収書の場合

- ・接種日、医療機関名、医療機関(またはその代表者)の印、受検者、インフルエンザ予防接種であることを必ず明記してください。
- ・2 人以上の領収書は受検者と金額内訳が必要です。
- ・レシートや記入もれ等の不備がある場合は受付できませんのでご注意ください。

[ 医療機関記入用 ]

[医療機関] [事業所] [東プラ健保組合]

領収書 (インフルエンザ予防接種料)

金 円 ( 名分)

上記金額領収いたしました。

領収日 平成 年 月 日

予防接種受検者 (接種日 平成 年 月 日)

保険証記号	保険証番号	続柄	氏名	金額	65歳以上 公的補助 ( )
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無

( ) 予防接種法により市区町村等から補助を受けた方は「有」、全額自費の方は「無」に を付けてください。

所在地  
医療機関 名称  
代表者 印  
電話番号

- 医療機関へお願い -  
この領収書は補助金支給のための大切な領収書です。  
記入もれ等の不備がないようお願いいたします。  
医療機関またはその代表者の印が必要です。  
誤字は医療機関の訂正印が必要です (修正液・修正テープ等は不可)。  
10名以上や接種日・医療機関が異なる場合は用紙をコピーしてお使い  
ください。

[ 事業所記入用 ]

[事業所] [東プラ健保組合]

請求書(インフルエンザ予防接種補助金)

金 円  
但し、 名分予防接種料  
上記のとおり請求いたします。

保険証記号

インフルエンザ予防接種補助金請求者名簿

保険証番号	予防接種受検者	続柄	保険証番号	予防接種受検者	続柄
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族
		本人・家族			本人・家族

所在地

事業所 名称

代表者

印

請求時の注意

別紙1または機関紙差し込みの領収書の原本(コピー不可)を添付してください。  
医療機関発行の領収書の場合  
・接種日、医療機関名、医療機関(またはその代表者)の印、受検者、インフルエンザ予防接種であることを必ず明記してください。  
・2人以上の領収書は受検者と金額内訳が必要です。  
・レシートや記入もれ等の不備がある場合は受付できませんのでご注意ください。  
請求書の金額・人数の誤字は、事業所の訂正印が必要です。  
請求者名簿は必ずご記入ください。請求者が20名以上いる場合は、用紙をコピーしてお使いください。またはこの用紙を請求書の表紙とし、各自で作成された請求者名簿を添付していただいても結構です。