

事業主 各位

澁澤健康保険組合
インフルエンザ予防接種補助金支給の件

平素より組合運営にご協力いただき誠に有難うございます。

さて、本年もインフルエンザの予防接種の費用に対する補助制度を実施いたします。本制度は季節型の感染症であるインフルエンザの予防接種を広く奨励し、役職員及びそのご家族の健康管理並びに疾病予防に資するものですので、積極的に皆様の予防接種を推奨いたします。

つきましては、下記要領を基に、関係者への周知を宜しくお願い申し上げます。

記

1. 補助金支給要件

- (ア) 対象者 : 当組合被保険者(被扶養者を含む)
- (イ) 接種期間 : 毎年 **10月1日～12月末日**までに実施したインフルエンザ予防接種
- (ウ) 接種場所 : 医療機関

2. 支給限度額及び回数

- (ア) 支給限度額: 対象者 1 名 1 回当たり 2,000 円を上限とする
費用が 2,000 円未満の場合は、実際に支払った金額
自治体などの公費補助等を利用した場合は対象外となります。
- (イ) 支給回数 : 1 年度内対象者 1 名につき 1 回
但し、小学 6 年生までの被扶養者で 2 回接種法の場合は 1 年度内 2 回

3. 申請手続

- (ア) 申請は、健康アプリ『Pep Up (ペップアップ)』で登録をしてください。申請方法につきましては、別紙手順書「インフルエンザ補助金申請について」をご参照ください。※
- (イ) 上記申請書は可能な限り家族単位でとりまとめて請求する。
- (ウ) 補助金の支払いは健康保険組合から、請求月の翌月末に各事業主へ送金する。
- (エ) 申請期間は本年 10 月 1 日から翌年 2 月末日までとする。
※パソコンやスマートフォン等をお持ちでないため電子申請ができない方は、従来の紙での申請をしてください。

4. その他

- (ア) 本件については、澁澤健康保険組合のホームページ(<https://shibusawa-kenpo.or.jp/>)にも公表いたします。
- (イ) その他、内容に関するご質問は澁澤健康保険組合(Tel:03-5646-7496)にお問い合わせください。

以 上