

公告第398号
令和6年8月28日

被保険者各位

共同通信社健康保険組合
理事長 山本 裕之

◎インフルエンザ予防接種費用補助のお知らせ

インフルエンザ予防接種費用の補助を下記のとおり実施します。申請する際は、被扶養者分もまとめて一度に申請してください。

記

- 1、補助の対象者：当健康保険組合に加入している被保険者および被扶養者
- 2、補助対象期間：予防接種日が令和6年9月1日から令和7年1月31日までの分
※海外勤務者および帯同家族が任地で予防接種を受ける分については、上記の期間に限らず補助の対象になります
- 3、申請期間：令和6年9月1日から令和7年3月31日（期間外の申請は対象外です）
※海外勤務者および帯同家族は上記の申請期間に限らず補助を行いますが、任地で補助の支払いはありません。所定の補助申請書を直接、健康保険組合にお送りください
- 4、補助金額：2,000円（費用が2,000円未満の場合は実費）
- 5、補助回数：1回（12歳以下も同様）
- 6、医療機関：医療機関の選択は自由です
- 7、補助の申請方法（本社、支社局、海外総支局）
- ① 領収書には 接種された方の氏名、接種日、「インフルエンザ予防接種代」の記載が必要です。被保険者と被扶養者が、または複数の被扶養者が、同じ日に同じ医療機関で予防接種する場合、領収書は個人別に発行してもらうようにしてください。領収書が個人別に発行されない場合は、接種者の氏名と料金の内訳を記載してもらうようにしてください
- ② 「インフルエンザ予防接種費用補助申請書」に必要事項を記入し、領収書を添付して健康保険組合事務局に提出してください。申請書は、ポータルまたは当組合のホームページから印刷してください。所属長の押印は不要です
- 8、補助の支払い：給与口座等に振り込みます

以上