

# インフルエンザワクチン 予防接種費用助成について

## 対象の予防接種

新型インフルエンザまたは季節性インフルエンザ

## 対象者

組合員及び被扶養者

## 対象期間

平成 25 年 10 月 1 日から平成 26 年 2 月末日までの間に予防接種を受けた場合。

## 助成金額

対象期間内で 1 人 1 回 1,000 円を限度に助成。1,000 円未満の場合はその金額。

## 申請方法

インフルエンザワクチン予防接種費用を証する領収書（原本）を共済事務担当者へ提出してください。助成金は組合員の共済登録口座に送金します。このことから、組合員とその家族全員が接種を終えた段階でまとめて提出してください。

※ 次の項目が記載されているか必ず確認してください。もし、不足している場合は医療機関で追記押印をしてもらってください。

1. 種類：インフルエンザワクチン予防接種であること
2. 受けた者の氏名
3. 受けた日付
4. 接種費用

## 申請期間

平成 25 年 10 月 1 日から平成 26 年 3 月 14 日

## 助成金額の送金

申請後、翌月末または翌々月末に組合員の共済登録口座へ送金します。

※送金通知書の発行は行いません。