

事業主様

愛知県トラック事業健康保険組合
(公印省略)

令和1年度 インフルエンザ予防接種補助の実施について

平素は、当組合の健康管理事業に格別なるご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。つきましては、被保険者並びに被扶養者の健康管理にお役立ていただくため、今年度も「インフルエンザ予防接種の補助」を下記要領により実施いたします。

蔓延するインフルエンザの感染を防ぐには、予防接種が最も効果的と言われています。この機会に是非、実施いただきますようお願い申し上げます。

インフルエンザの情報は、組合ホームページにリンクしてあります厚生労働省のホームページから確認することもできます。

記

1. 実施方法

インフルエンザ予防接種を受診後、領収書(医療機関名、接種された方の氏名(※必ずフルネームでお願いします)、1人当りの単価、インフルエンザ予防接種代であることが明記されたもの)を別添の補助金申請書に添えて組合に申請してください(領収書については写可)。領収書が1人に対し2枚交付されている場合は、最初の接種日で交付された領収書を添付してください。なお、医療機関などが発行のインフルエンザ予防接種証明書のみはご遠慮ください。

また、各事業所において集団接種を実施した場合は、医療機関発行の実施者名簿を領収書と一緒に添付してください。

2. 補助対象者

被保険者、被扶養者(資格取得、認定以前及び資格喪失、抹消以後の接種は補助対象外)

3. 補助額、補助回数、補助期限

上限1,000円まで(上限額を下回った場合はその金額)。年度内1回(2回接種の子供の場合も含む)。

期限はインフルエンザ予防接種日から1年以内です(1年を超えた場合は補助対象外)。

4. その他

- ①組合に補助金申請書を提出する前に、実施者名簿と領収書の付け合せを必ずお願いします。
 - ②見本として1部お送りいたしますが、以後はコピーしていただくか当組合ホームページからダウンロードしてください。
- ご不明な点については、医療施設課(Tel.052-882-9686)までお問い合わせください。

補助金総額	円	人数	本人 家族	名 名
		1人当額		円

※上記欄は記入しないで下さい。

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

事業所記号		事業所名	
実施年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
実施者数	名		
実施医療機関名			
<small>(複数ある場合は、主要機関名を記載し、総機関数を記入して下さい)</small>			
上記のとおり実施しましたので補助金の申請をいたします。			
令和 年 月 日			
<p style="text-align: center;">事業所 所在地 名称 事業主名・事業主印 印</p>			
愛知県トラック事業健康保険組合 殿			

【上記補助金の申請について】

- ① 申請の際は、医療機関発行の領収書（医療機関名・接種された方の氏名（フルネーム）・一人当たりの単価・インフルエンザ予防接種代であることが明記されているもの）（写し可）を添付して下さい。
医療機関が発行のインフルエンザ予防接種証明書のための添付はご遠慮ください。
- ② 各事業所において集団接種を実施した場合は、医療機関発行の実施者名簿を領収書と一緒に添付してください。
- ③ 被保険者、被扶養者（2回接種の子供の場合も含む）とも年度内1回で上限1,000円までの補助となります。（上限を下回った場合はその金額を補助）
この補助の有効期限は接種日から1年以内です。1年を超えた場合は補助の対象外です。
- ④ ご提出いただいた個人情報は、愛知県トラック事業健康保険組合個人情報保護管理規程に基づいて管理します。
- ⑤ ご不明な点がございましたら、医療施設課までお問い合わせ下さい。【☎052-882-9686】

実施者名簿と領収書(写し可)は必ず付け合わせてから提出をお願いします。

実施者名簿

事業所記号 _____

	番 号	氏 名	本人・家族の別	生 年 月 日
1			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
2			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
3			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
4			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
5			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
6			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
7			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
8			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
9			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
10			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
11			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
12			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
13			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
14			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
15			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
16			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
17			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
18			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
19			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
20			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
21			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
22			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
23			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
24			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
25			本人・家族	昭・平・令 年 月 日

※ 接種日が資格取得(認定)前及び資格喪失(抹消)後の場合は補助の対象外です。

【名簿に書ききれない場合は、お手数ですが、実施者名簿をコピーしてご利用下さい】