

2 5 . イ ン フ ル エ ン ザ 予 防 接 種 補 助 規 程

インフルエンザ予防接種補助規程目次

第1条	(目 的)	・・・・・・・・・・・・・・・・	3 頁
第2条	(対 象)	・・・・・・・・・・・・・・・・	3 頁
第3条	(補助金額)	・・・・・・・・・・・・・・・・	3 頁
第4条	(実施方法)	・・・・・・・・・・・・・・・・	3 頁
第5条	(補助申請手続)	・・・・・・・・・・・・・・・・	3 頁
第6条	(支給方法)	・・・・・・・・・・・・・・・・	3 頁
附 則		・・・・・・・・・・・・・・・・	3 頁
別表1		・・・・・・・・・・・・・・・・	4 頁
別表2		・・・・・・・・・・・・・・・・	5 頁

第1条（目 的）

この規程は、三菱製紙健康保険組合（以下「組合」という）の被保険者が一般医療機関においてインフルエンザ予防接種を受け費用を負担したとき、その費用の一部を補助することにより、インフルエンザの感染拡大を防ぐとともに、健康管理、疾病予防に資することを目的とする。

第2条（対 象）

補助を実施する対象者は、組合の被保険者（本人）のみとする。

第3条（補助金額）

予防接種した場合に1, 500円の補助金を支給する。
但し、1回／年とする。

第4条（実施方法）

「インフルエンザ予防接種補助の件」（別表1）により申請受付期間（補助金支給日を含む）等を都度設定し周知をはかる。

第5条（補助申請手続）

「インフルエンザ予防接種補助金申請書」（別表2）に記入、捺印し実施医療機関の「領収書」の原本を添付し提出するものとする。「領収書」には①氏名 ②接種日 ③医療機関名 ④単価 ⑤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こと。

第6条（支給方法）

原則として給与口座に振り込み。給与振り込みができない事業所の場合は指定銀行口座に振り込むものとする。

附 則

- ・この規程は、平成27年8月1日から施行する。第3条（補助金額）を見直した。
- ・第3条中、「1, 000円の補助金」を「1, 500円の補助金」に改め、平成29年8月1日から施行する。

第1条（目 的）

この規程は、三菱製紙健康保険組合（以下「組合」という）の被保険者が一般医療機関においてインフルエンザ予防接種を受け費用を負担したとき、その費用の一部を補助することにより、インフルエンザの感染拡大を防ぐとともに、健康管理、疾病予防に資することを目的とする。

第2条（対 象）

補助を実施する対象者は、組合の被保険者（本人）のみとする。

第3条（補助金額）

予防接種した場合に1, 500円の補助金を支給する。
但し、1回／年とする。

第4条（実施方法）

「インフルエンザ予防接種補助の件」（別表1）により申請受付期間（補助金支給日を含む）等を都度設定し周知をはかる。

第5条（補助申請手続）

「インフルエンザ予防接種補助金申請書」（別表2）に記入、捺印し実施医療機関の「領収書」の原本を添付し提出するものとする。「領収書」には①氏名 ②接種日 ③医療機関名 ④単価 ⑤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こと。

第6条（支給方法）

原則として給与口座に振り込み。給与振り込みができない事業所の場合は指定銀行口座に振り込むものとする。

附 則

- ・この規程は、平成27年8月1日から施行する。第3条（補助金額）を見直した。
- ・第3条中、「1, 000円の補助金」を「1, 500円の補助金」に改め、平成29年8月1日から施行する。

年 月 日

各事業所

総務課長 経由

健保担当者 殿

インフルエンザ予防接種補助の件

三菱製紙健康保険組合

日頃より、健康保険組合の事業運営にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
 さて、本年度も健康保険組合では、被保険者のインフルエンザ感染を防ぐため、インフルエンザ予防接種費用の一部を補助することにいたしました。尚、予防接種補助対象は季節性、新型インフルエンザを問わず1回分となります。
 各事業所健保担当者の方にはお手数をおかけしますが、よろしくお願い致します。

記

1. 対象者： 被保険者（本人）のみ（接種日に当健保組合の被保険者であること）
被扶養者（家族）の方は補助対象外ですのでご注意ください。
2. 受付期間： ○○○○年○○月○○日から○○月○○日（当健保到着分）まで
3. 補助額： 接種費用に係わらず年1回、1, 500円の補助金を支給します。
 補助金は給与振込ができない事業所の被保険者の場合は、申請書に記入された銀行口座に振り込みますので、必ず銀行口座を記入してください。
 振込は平成○○年○○月○○日の予定です。
4. 補助申請： 「インフルエンザ予防接種補助金申請書」の全てに記入・捺印して
 各事業所健保担当者がとりまとめて健保組合に提出してください。
申請書の裏面には「領収書」の原本（コピー不可）を貼付してください。
レシートは不可です。
 領収書には①接種された方の氏名、②接種日、③医療機関名、④単価、
 ⑤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こと。
申請書に記入・捺印漏れがある場合、領収書のない場合は受付致しません。
 お手数をおかけしますが、各事業所の健保担当者の方には取りまとめを
 お願い致します。
5. 接種機関： 指定医療機関はありません。
6. 問合せ先： 三菱製紙健康保険組合 担当 ○ ○（内線○○○）

以上

常務理事	事務長	1	2	3

--	--	--	--	--

年 月 日

三菱製紙健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証	記 号	番 号
被保険者氏名		
事業所名		
所属（三菱製紙㈱に 所属する者は必須）	（ 本社 高砂 京都 八戸 白河 北上）	
接種日	年 月 日	
医療機関名		
接種費用	円	

注1. 申請書の裏面に必ず領収書（コピー不可）を貼付してください。レシートは不可です。

領収書は、①接種された方の氏名、②接種日、③医療機関名、④単価、⑤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こと。

申請書に記入漏れのある場合、領収書が未添付の場合は受付いたしません。

2. 補助の対象者は接種日に当健康保険組合の被保険者（本人）である方のみです。

3. 受付期間は 年 月 日から 年 月 日（当健保組合到着分）まで。

4. 補助金は年1回、1,500円を支給します。ただし接種費用が1,500円に満たない場合は
接種費用を上限とします。

5. 補助金は 年 月 日に健保から事業所に振込みを行い、その後事業所から被保険者の
給与口座に振込み予定です。振込日は各事業所ご担当者様へご確認ください。



年 月 日

三菱製紙健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証	記 号	番 号
	999	
被保険者氏名		
事業所名・所属	任意継続被保険者	
接種日	年 月 日	
医療機関名		
接種費用	円	
振込先口座 ※注 6	金融機関名	銀行 支店
	口座名義	
	フリガナ	
	口座番号	普通

注 1. 申請書の裏面に必ず領収書（コピー不可）を貼付してください。レシートは不可です。

領収書は、①接種された方の氏名、②接種日、③医療機関名、④単価、⑤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こと。

申請書に記入漏れのある場合、領収書が未添付の場合は受付いたしません。

- 補助の対象者は接種日に当健康保険組合の被保険者（本人）である方のみです。
- 受付期間は 年 月 日から 年 月 日（当健保組合到着分）まで。
- 補助金は年 1 回、1,500 円を支給します。ただし接種費用が 1,500 円に満たない場合は
接種費用を上限とします。
- 補助金は、申請書記入の銀行口座に振り込みます。
振込は 年 月 日（金）の予定です。

受付印