

インフルエンザ予防接種 費用補助制度

[実施要領]

対象者	・ナイスグループ健康保険組合の加入者で、インフルエンザ予防接種を受けた社員本人とその扶養家族。
補助金額	・1年度で1回限り 1,000円 ※ 補助金未満の場合は、実費分の補助となります。 ※ お子様などで2回接種をした場合も、補助の対象は1回のみです。
申請方法	・申請書に予防接種時の領収証を添付し(コピー可)、健保組合に提出。 ※ 領収書には、摂取された方の氏名(フルネーム)が記載されていることをご確認ください。
支給方法	・月末までに健保組合に到着した申請について、翌月の給与において「本社控除欄」で支給。

●季節性インフルエンザのワクチン接種は、秋頃から医療機関で実施される予定です。

●ワクチンの効果は、一般的には2週間目頃から5か月程度持続するものとされています。
なお、予防接種はかかった場合の重症化を防ぐもので、感染そのものを防ぐものではありません。

*毎年度(～3月末までに接種)の補助金申請の最終締め切りは翌4月末までとします。

■送付・お問い合わせ先■

ナイスグループ健康保険組合 〒230-8571 横浜市鶴見区鶴見中央4-33-1 ナイスビル7階
(TEL 045-503-0330)

切り取らず、このままご提出ください。

インフルエンザ予防接種 補助金申請書

ナイスグループ健康保険組合理事長殿

※領収書(コピー可)を添付してください。

インフルエンザの予防接種を受けましたので、補助金を申請いたします。

申請日 令和 年 月 日

所属	社員番号	氏名
任意継続者の場合は 振込希望の銀行		

【予防接種補助申請者】※社員本人分も含めてご記入ください。

氏名	接種日

健保組合使用欄	
支給日	
支給額	

受付印