

令和6年9月19日

事業主 様

滋賀県自動車健康保険組合

インフルエンザ予防接種の助成について

日頃は、当組合の事業運営にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本年度も疾病予防事業の一環として、加入者の方の健康保持増進を図るとともに、医療費の削減を目的に、下記のとおり、助成金を支給することとなりましたのでご案内します。

なお、振込のご案内（ハガキ）は送付いたしませんので、振込確認につきましては預金通帳等でご確認いただきますようお願いいたします。

記

1. 接種期間 令和6年10月1日～令和7年1月31日
2. 対象者 滋賀県自動車健康保険組合の被保険者および被扶養者
3. 助成金額 接種された方 1 人につき上限1,500円
ただし、自己負担が1,500円未満の場合は、自己負担された金額
〈注意〉 2回接種した場合も 1 人1,500円が上限です
4. 申請方法 「インフルエンザ予防接種助成金支給申請書」に領収書（コピー）を添えて申請してください
〈注意〉 領収書は原本を添付されてもお返しできません
5. 申請期間 令和6年10月1日～令和7年2月28日（組合必着）
2回接種される方で、1 回目1,500円を超えた場合は、1 回目の接種後に領収書（コピー）を添えて申請できます
6. 支給日 原則、組合が受付した月の翌月20日
〈例〉 受付日:11月1日→支給日:12月20日
7. 事業所単位での申請 保険証記号番号・接種者・接種日・接種代を記載したリストを添付する場合は、申請書該当欄の記載が省略できます
〈注意〉 既定の申請書にリストを添付してください