

公告第308号
平成30年9月28日

被保険者各位

共同通信社健康保険組合
理事長 正村 一朗



◎インフルエンザ予防接種費用補助のお知らせ

インフルエンザ予防接種費用の補助を下記のとおり実施しますので、お知らせします。

記

- 1、補助の対象者：当健康保険組合に加入している被保険者および被扶養者
※補助申請は家族分を含めて一度に行ってください。
- 2、補助対象期間：予防接種日が平成30年10月1日から平成31年1月31日までの分
※海外勤務者および帯同家族は上記の期間に限らず補助の対象になります。
- 3、申請期間：平成30年10月1日から平成31年3月31日（期間外の申請は対象外です）
※海外勤務者および帯同家族は上記の申請期間に限らず補助を行いますが、任地で補助の支払いはありません。所定の補助申請書を直接、健康保険組合にお送りください。
- 4、補助金額：2,000円（費用が2,000円未満の場合は実費）
- 5、補助回数：1回（12歳以下も同様）
- 6、医療機関：医療機関の選択は自由です。
- 7、補助の申請方法（本社、支社局、海外支局）
①医療機関でインフルエンザ予防接種を受け、領収書を受け取ってください。その際、領収書には接種日、接種された方の名前、ただし書きにインフルエンザ予防接種代と明記してもらってください。2人以上が一度に接種を受けた場合、領収書は別々に受領してください。別々の領収書が発行されない場合は、接種者の氏名と料金の内訳を記入してもらってください。
②「インフルエンザ予防接種費用補助申請書」に必要事項を記入し、押印の上、事務局に提出をお願いします。補助申請書はポータルその他、健康保険組合のホームページに掲載していますので、各自で印刷してください。本社21階の健康保険組合事務局にも用意してあります。
- 8、補助の支払い：給与口座に振り込みます。

問い合わせ：健康保険組合事務局
電話番号 03-6252-8038

以上