

公告第362号
令和4年9月27日

被保険者各位

共同通信社健康保険組合
理事長 江頭 建彦



◎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。
補助申請の際は、被扶養者分もまとめて一度に申請していただくようお願いします。

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
- 2、補助対象期間：予防接種日が令和4年10月1日から令和5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：令和4年10月1日から令和5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領収書に接種日、接種された方の氏名、「インフルエンザ予防接種代」の記載が必要です。
被保険者と被扶養者、または、複数の被扶養者が同じ日に予防接種を受ける場合、領収書は別々に発行してもらうように依頼してください。別々の領収書が発行されない場合、1枚の領収書に接種者氏名と料金の内訳の記載を依頼して下さい。
 - 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、領収書を添付して健康保険組合事務局に提出をお願いします。申請書は、ポータル、当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。健康保険組合事務局（本社21階）にも用意しています。所属長の押印は不要です。
- 8、補助の支払い：給与口座等に振り込みます。

問い合わせ：健康保険組合事務局
電話番号 03-6252-8038
以上