

予防接種補助制度

1.目的

疾病予防事業の一環として、当健保加入者※を対象に、予防接種費用の一部を補助することにより、それらの疾病の発症および重症化を防ぎ、加入者の健康の保持増進を図ることを目的とする。

2.内容

当健保加入者※が、予防接種医療機関等でインフルエンザ、高齢者肺炎球菌の予防接種を受けた場合、下記の「予防接種補助金支給実施要領」の定めるところにより、補助金を支給する。ただし、**インフルエンザ予防接種の申請において、事業所担当者による申請の場合は別紙を参照とする。**

※予防接種の種類により、対象者となる健保加入者は異なる（別表1参照）

予防接種補助金支給実施要領

1.補助金支給対象者

接種日において当健保加入者（含む、任意継続加入者）で、各予防接種の対象条件に該当する者。詳細は別表1のとおりとする。

2.対象とするもの

予防接種実施医療機関等でワクチン接種を受けたもの。（**市区町村の助成の有無は問わない**）
市区町村で補助を受けた場合は、窓口で支払った自己負担分。

3.対象予防接種期間および申請受付期間

補助の対象となる予防接種期間および申請期間は別表1のとおりとする。

4.補助金額及び支給制限

詳細は別表1のとおりとする。

接種者が同じで種類の異なる複数の予防接種を受けた場合は、重複申請を可とする。

5.申請方法

1）申請用紙での申請

接種した予防接種の「予防接種補助金支給申請書」に被保険者ごと（社内共働きの方は、各々で）記入し、領収証（書）の原本を添付して、申請受付最終期限までに当健保組合に提出する。

領収証（書）に接種した予防接種名の記載がない場合のみ、診療明細書、問診票、予防接種済証のコピーを貼付して下さい。（原本は送付しないで下さい）

※領収証（書）の必要記載事項、注意事項等については別表2とする。

2）電子申請（インフルエンザ予防接種補助金申請のみ）

電子申請対象者宛にお送りした「電子申請書」に必要事項を入力、送信後「領収証貼り付け台紙」を印刷し、申請者分の領収証（原本）を貼付して、すみやかに旭化成健康保険組合に送付する。

※領収証が届かない場合は、補助できませんので、ご注意ください

6.申請書送付先および問い合わせ先

詳細は別表1のとおりとする。

7.補助金の支払い

1）従業員の方

原則、**毎月25日（3月は15日）までに健保に到着した申請書**について、翌月に給与へ振り込み。

2）任意継続加入者の方

原則、**毎月25日（3月は15日）までに健保に到着した申請書**について、翌月末に指定口座へ振り込み。

8.個人情報保護に関する事項

この予防接種補助金支給申請に関して、申請書等に記載していただく個人情報については、予防接種補助金支給に関してのみ使用し、他に利用されることはありません。

9.その他

◇予防接種は確定申告（医療費控除）の対象となりません。

ただし、送付いただく領収証（書）に、予防接種料金以外の保険診療内料金（検査料や投薬料など）明細が記載されており、確定申告（医療費控除）の申請時に必要な場合は、内容の確認後、ご返送いたしますので、その旨をお書き添えください。（その際、領収証（書）はホッチキス止めをお願いします）

別表1 予防接種別詳細

種類	対象者	接種期間	申請期間	補助金額（※2）	支給制限および注意事項
インフルエンザ	被保険者 および 被扶養者	4月1日 から 翌年2月末日	10月1日 から 翌年3月15日 (健保必着) (※1)	接種者1人につき 上限1,000円	<ul style="list-style-type: none"> ・季節性および新型の種類は問わない ・期間中2回に分けて接種した場合、 合計の補助額上限を左記とする ・電子申請のみで領収証が健保に届かない 場合は、補助できませんのでご注意 ください
高齢者肺炎球菌	65歳以上 被保険者 および 被扶養者	4月1日 から 翌年3月末日	申請後すみやかに (できるだけ接種年 度内に) ※接種時に対象者であ れば、過去の接種につ いても申請可能です	接種者1人につき 上限3,000円	<ul style="list-style-type: none"> ・年度内に65歳到達する者も対象 (65歳到達者については、地方自治体の 生年月日基準に則る) ・過去5年以内に当健保からの補助を受け ていない人 (※3)
申請書送付先 ※送付は社内メールまたは郵送でお願いします				お問い合わせ先	
【社内メール】 (延岡) 旭化成健康保険組合 ○○予防接種申請担当 【郵送】 〒882-0847 宮崎県延岡市旭町2丁目1番地3 ○○予防接種担当 * 社内メール、郵送のどちらの場合も封筒の宛名欄の、 ○○部分に予防接種名を記入 (例：インフルエンザ予防接種申請担当)				【電話】 (フリーダイヤル) 0120-290-053 (内線) 892-2940 (外線) 0982-22-2940 ※受付時間 8:00~17:00 (12:00~13:00を除く) 月~金(祝日を除く)	

※1 最終期限は3月15日(健保必着)とする。

(この事業は、単年度事業として各年度予算で行う事業です。このため、年度を越しての請求はできません)

※2 補助金額上限に満たない場合は、実費(税込み)を補助します。

※3 1回の接種で5年間の効果があるといわれており、副反応との関係から、原則5年経過していないと再接種できないため。

別表2 領収証(書)の必要記載事項および注意事項

必要記載事項	<p>※領収証には下記記載事項すべてが必要です。内容に不備がある場合は、医療機関に追記、捺印を依頼してください</p> <p>①領収証(書)という項目 ②接種日 ③予防接種を受けた方の氏名 ④予防接種に要した金額 ⑤予防接種の内容(但し書き) *「○○予防接種代として」と記載(○○はインフルエンザ、肺炎球菌) ⑥接種を受けた医療機関名、医療機関の捺印</p>
注意事項	<p>*ご家族と一緒に接種を受けた場合は、領収証(書)は接種者別に発行してもらって下さい。</p> <p>*1枚の領収証(書)にご家族分含めて記載している場合、接種者ごとに各人の接種費用がわかるように明細を記入してもらって下さい。なお、医療機関が手書きした分は、必ず認印ももらって下さい。</p> <p>*レシートタイプの領収証(書)についても、上記の①~⑥がすべて必要です。 (特に、医療機関の領収印があるかどうか提出前に再度ご確認ください)</p> <p>*領収証(書)に接種した予防接種名の記載がない場合のみ、診療明細書、問診票、予防接種済証のコピーを貼付して下さい。(原本は送付しないで下さい)</p>