

「季節性インフルエンザ予防接種」補助について(特退・任継)

【接種期間】 毎年 10 月 1 日 ～ 1 月 31 日 ※期間厳守

【対象者】 全被保険者、被扶養者で接種希望者
(接種日に当健保組合の被保険者・被扶養者資格のある方)

【費用補助対象】 期間内に接種したインフルエンザ予防接種費用

- ・ 13歳以上の方については、1回の接種のみ費用補助の対象となります。
- ・ 海外で予防接種を受けた場合も補助の対象となりますが、提出書類(領収書・明細書など)に日本語訳を記載(または添付)してください。
- ・ フルミスト(経鼻噴霧式インフルエンザ生ワクチン)につきましては、国内未承認のため健保組合へのご請求の対象外となりますので、ご注意ください。

【医療機関】 各自で選択

【費用】 1人当たりの上限 5,000 円(消費税込み)の範囲内で実費まで
(費用は各自お立替えください)

【請求方法】 別紙「季節性インフルエンザ予防接種」補助金請求書・領収書を健保組合に提出

- ・ 費用請求は1回のみです。接種が済んでからご家族(被扶養者)まとめてご請求ください。

【提出期限】 毎年 2 月末日(健保必着)

- ・ 随時受付(ご請求は年度に1回のみですので、ご家族分まとめてお送りください)

【返 金】 補助金請求書・領収書を健保組合で受付けた翌々月(月末)に返金

- ・ 健保組合にご登録いただいている被保険者の方の銀行口座にお振込みいたします。

【領収書(原本)について】

- ・ 必要項目が明記されていない領収書は、お受けできませんのでご注意ください。

記載がない項目については、病院で記載してもらってください。

- ・ 「接種を受けた方の氏名」
- ・ 「インフルエンザ予防接種代」と明記されたもの
- ・ (複数名を1枚の領収書にまとめて発行する場合)「接種を受けた方の氏名」「一人当たりの金額」

- ・ 領収書は原本が必要です。他の医療費などと一緒にしている場合でも返却はできませんので、必要な方は、領収書を分けてもらってください。

【送付先】 ※社内便または郵送

〒103-0016 東京都中央区日本橋小網町 9-2 小網町日興ビル 7F

SMBC日興証券グループ健康保険組合 保健事業グループ

【問合せ先】 保健事業グループ TEL 03-3660-2792

以 上

接種期間:10/1~1/31(期間厳守)
提出期限:2月末(必着)

「季節性インフルエンザ予防接種」補助金請求書(特退・任継)



SMBC日興証券グループ健康保険組合 御中

下記のとおり「季節性インフルエンザ予防接種」を受けましたので補助金を請求します。

請求日: 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ	生年月日	健康保険証の記号番号 ()	支払金額 ※2回の場合は合計	健保組合記入欄	
	氏名	男・女			組合補助	種別
		昭和・平成			・特例退職	・任意継続
				自宅TEL	()	-

※以下太枠内ご記入ください。(被保険者1名の請求であっても、必ずご記入ください)

	接種を受けた方の氏名	続柄	接種年月日 1回目	接種年月日 2回目	支払金額 ※2回の場合は合計	健保組合記入欄 組合補助	種別
1	フリガナ 氏名 男・女		年 月 日	年 月 日	円	円	73
2	フリガナ 氏名 男・女		年 月 日	年 月 日	円	円	73
3	フリガナ 氏名 男・女		年 月 日	年 月 日	円	円	73
4	フリガナ 氏名 男・女		年 月 日	年 月 日	円	円	73
5	フリガナ 氏名 男・女		年 月 日	年 月 日	円	円	73

【費用請求時のご注意】

- ・対象者一人につき上限5,000円(消費税込・ただし実費まで)の補助となります。
- ・続柄は、被保険者=本人 被扶養者=夫・妻・長男・長女・父・母等の名称でご記入ください。
- ・「接種を受けた方の氏名」および「インフルエンザ予防接種代」と明記された領収書(原本)を必ずクリップ留めで提出してください。
- ・補助金請求書・領収書を健保組合で受付けた翌々月に返金となります。

【補助金の振込先】

- ・登録いただいている金融機関へ振込となりますので、口座の記入は不要です。

健保組合記入欄	