

「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歳以上の方は1回の接種のみ、13歳未満の方は2回接種の費用が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。

【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)

【申請方法】 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(原本)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)

【補助金の支払】 補助金請求書・領収書を健保組合で受付けた翌々月(下旬)に支払

- ・ 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、病院で記載および押印してもらってください。
 - ・ 「接種を受けた方の氏名」(健保名や会社名では補助ができません)
 - ・ 「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。
- ・ 領収書の日付(領収日)と接種日が異なる場合、領収書に接種日の記載が必要です。

【送付先】※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

【お問合せ先】保健事業グループ TEL 03-3660-2791/2793/2789

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: 令和 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ	生年月日		
	氏名 男・女	昭和・平成 年 月 日	記号	番号

※①マイナ保険証をお持ちの方は「資格情報のお知らせ」
マイナ保険証をお持ちでない方は「資格確認書」をご確認ください。

※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		支払金額 ※2回の場合は合計	健保組合記入欄	
			1回目	2回目		組合補助	種別
1	フリガナ 氏名 男・女		令和 年 月 日	令和 年 月 日	円	円	73
2	フリガナ 氏名 男・女		令和 年 月 日	令和 年 月 日	円	円	73
3	フリガナ 氏名 男・女		令和 年 月 日	令和 年 月 日	円	円	73
4	フリガナ 氏名 男・女		令和 年 月 日	令和 年 月 日	円	円	73
5	フリガナ 氏名 男・女		令和 年 月 日	令和 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)を必ずクリップかホチキス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(下旬)に支払となります。

【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	