

(A面)

# インフルエンザ予防接種助成事業のお知らせ

京都府農協健康保険組合

当組合では、インフルエンザ予防接種を受けられた方に対して、接種費用の一部を助成します。

インフルエンザが流行する前に接種し、これから寒くなる季節を乗り切りましょう。



## 1. 助成対象者

被保険者並びに被扶養者で、一世帯2名を限度とします。

※ 被扶養者は、当組合が発行する健康保険証（カード証）を持っておられる方です。

## 2. 接種期間

平成27年10月1日から平成28年2月29日までの期間内です。

※ 接種期間外に接種された場合は、助成対象外になります。

## 3. 助成内容

選択する医療機関でインフルエンザの予防接種を受けられた場合、1人当たり1,500円（税込）を限度に助成します。

## 4. 助成方法

B面の「インフルエンザ予防接種助成申請書」に必要事項を記入し、領収書（原本）を貼付して、事業主に提出してください。

なお、領収書には「被接種者の氏名」を明記し、但書き欄には「インフルエンザ予防接種代」と記入してください。（領収書写・レシートは不可です。）

助成金は、事業主を経由して被保険者の口座に振込みます。

(B面)

平成 年 月 日

京都府農協健康保険組合 御中

## 「インフルエンザ予防接種」助成申請書

下記のとおり予防接種を受けましたので、インフルエンザ予防接種助成要項にもとづき助成申請をします。

なお、助成金の受領は、事業主に委任します。

健康保険証記号・番号： -

被 保 険 者 名： \_\_\_\_\_

㊞

記

### 1. インフルエンザ被接種者

氏 名	年 齢	続 柄	金 額
			円
			円

### 2. 領収書添付

A面にのり付けしてください。

(被接種者名、予防接種代等が明記されているか確認をしてください。レシートは不可です。)

健 保 組 合 使 用 欄		
助 成 人 数	助 成 額	照 合 ・ 入 力
2 ・ 1 名	① ￥ 3,000 円	
	② ￥ 1,500 円	
	③ ￥ , 円	