

被保險者各位

健康保險組合

インフルエンザ予防接種補助金について

健康保険組合では、今年度インフルエンザ予防接種を受けた被保険者・被扶養者に対して接種費用を補助致します。

記

1. 対 象 者 中山製鋼所健康保険組合 被保険者・被扶養者
2. 補 助 額 3,000円を上限に1人1回
※ 2回接種した方で1回の接種金額が3,000円未満の場合、
2回分の領収書を添付してください。
- (補助金は毎月20日締切、翌月給与で支給致します。)
(任継者は指定口座へお振込みします。)
3. 申請方法 「インフルエンザ予防接種補助金申請書」に必要事項を記入して
健康保険組合まで提出して下さい
※ 接種年月日・医療機関名・接種者氏名・予防接種代であることが
記載された領収証(原本)を添付してください。
- 申請期間は毎年10月～翌年2月末までです。
4. そ の 他 ご不明な点等がありましたら健康保険組合までお問い合わせ下さい。
- 電 話 : 06-6552-6890 (内線 3301)
メー ル : kenpokumiaipost@nakayama-steel.co.jp

以上

常務理事	事務長	担当

令和6年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請日	令和		年		月		日	事業所		
保険証番号			—					勤務先内線番号		
所属部署	部・工場							室・課		
氏名										
接種日	医療機関名				接種者氏名				金額(領収証金額)	
月日									円	
月日									円	
月日									円	
月日									円	
月日									円	
※	領収証(原本)を必ず添付して下さい。 (接種年月日・医療機関名・接種者氏名・インフルエンザ予防接種代の記載が必要)									
補助金額 計 (健保記入欄)									円	

〔 注意事項 〕

- ※ 今年度、インフルエンザ予防接種を受けた被保険者・被扶養者に3,000円(1回のみ)を上限に補助します。
但し、2回接種した方で1回の接種金額が3,000円未満の場合、2回分の領収書を添付してください。
- ※ 補助金は毎月20日締切、翌月払いの給与で支給します。
任継者は指定口座へお振込みします。
- ※ 申請期間は毎年10月～翌年2月末までです。