

令和2年度 インフルエンザ予防接種費用補助のお知らせ

＜対象者＞ 被保険者（従業員本人）
（フタバ健保の被保険者で、令和2年8月末現在かつ接種時に在籍している方）
（任意継続の方は対象外）

＜対象期間＞ 令和2年10月1日～令和3年1月31日

＜補助金額＞ 対象期間内で1回接種分のみ、対象者1人につき2,900円（上限）補助
ただし、接種料金が4,400円を下回る場合には、接種料金から1,500円差し引いた金額を補助します。

＜補助方法＞ 接種後、領収書（コピー不可）を添付し、「補助金請求書」を総務（海外出向中の方は本社人事）
経由にて健康保険組合へ提出
令和3年4月中旬、健保から給与第1口座へ直接振込
（給与口座は人事に確認します。人事に確認した個人情報はこの事業以外には使用しません。）

※総務（人事） 最終締切日 令和3年2月8日

領収書の注意事項

- ※1 「インフルエンザ予防接種」の領収書とわかること（保険外診療や予防接種という記載では不可）
- ※2 接種者（フルネーム）、接種日、1回分の接種金額が記載してあること
（書類に不備がある場合、不足している場合には補助できませんので、ご注意ください。）

【問い合わせ】 フタバ産業健康保険組合 鈴木
Tel：0564-62-9558
（内線 615-451）

フタバ産業健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種補助金請求書
（被保険者用）

支給決定 伺	令和 年 月 日			
	常務理事	事務長	係	総務(人事)

下記の通り、インフルエンザ予防接種補助金を請求いたします。

（枠内を記入）

請求年月日 令和 年 月 日

被保険者証 番号	—	所属工場		
社員番号		住所	〒	
被保険者 (従業員)氏名	印		電話番号 ()	—
利用者氏名	利用した医療機関 接種年月日		接種料金	健保補助額 (1人1回上限2,900円)
被保険者本人	(医療機関)	(接種日) 令和 年 月 日	円	円
(工場で接種できなかった理由) 例：海外出向中、休職中など				

※押印の無いものは補助できません。

添付書類：領収書（コピー不可。宛名、内容が記載されたもの）