被保険者 各位

協和発酵キリン健康保険組合

【連絡】2015年度インフルエンザ予防接種補助事業の実施について

標記の件、冬期の流感予防対策事業の一環として、今年度もインフルエンザ予防接種費用に対する補助を行います。補助金を申請される方は、下記要領により健康保険組合へご申請ください。

— 記 —

1.概要	
対象者	被保険者および被扶養者（※接種日に当健康保険組合に加入している方が対象）
補助額	接種期間内に予防接種を受けた対象者1人につき1,000円を補助します。 ※接種費用が1,000円に満たない場合は、補助しません。 ※1回の接種費用が1,000円に満たない場合で、2回接種した場合は、2回分の領収書を添付ください。
接種期間	2015年10月1日（木）～2016年1月31日（日）まで （上記期間外の接種は、補助対象外です。）
申請期間	2015年10月1日（木）～2016年2月5日（金） ※必着厳守
提出先	協和発酵キリン健康保険組合
振込期日	2016年3月給与払い（任継者は、登録口座に3月振込）
2.手続方法	
申請手順	1) 最寄りの医療機関で接種する。 2) 接種費用を全額支払い、領収書をもらう。 3) 申請書に領収書（原本）を貼付して健保組合へ送付する。 4) 2016年3月給与払いにより、補助金が支給される。（任継者は、登録口座）
提出書類	1) 申請書…「2015年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書」 2) 貼付書類…領収書（コピー不可・明細書のみ不可）
注意事項	(1) 領収書の宛名は、必ず個人宛で発行されたもので受領してください。 (2) 領収書には、次の項目を明記してあることを確認ください。 ①接種日 ②接種者氏名（複数人で接種の場合は、人数分の領収書を発行してもらうか、内訳として接種者氏名全員の名前とそれぞれの費用を明記のこと） ③受診内容（「 インフルエンザ予防接種代 」と 必ず明記 してあることを確認ください。） ④医療機関名
3.その他	
1) 事業場で集団接種した場合やMRの方で別途会社から補助がある場合は、事業場担当者等から一括で補助申請がなされますので、個人申請は不要です。 2) 接種内容について医療機関に確認する場合がありますので、ご了承ください。	
4.個人情報の取扱いについて	
当健康保険組合では、インフルエンザ予防接種補助事業においてプライバシーポリシーに基づき、以下のとおり個人情報を取扱います。	
取得する個人情報	被保険者証記号・番号、被保険者会社・所属事業場名称、接種者情報（氏名、続柄、接種日、医療機関名、費用）、被保険者住所・氏名・連絡先
利用目的	補助金支払事務（本人確認、補助金請求書のデータ化処理、補助金に関する会計処理等）

【今年のインフルエンザワクチンは4種類です。】

- ・ A/カワフォルニア/7/2009 (X-179 A) (H1N1) pdm09
- ・ A/スイス/9715293/2013 (NIB-88) (H3N2)
- ・ B/ブーケット/3073/2013 (山形系統)
- ・ B/テキサス/2/2013/ (ビクトリア系統)

【問合せ先】 協和発酵キリン健康保険組合 外線:03-3282-1893

五十嵐: 内線:9-11-2655 Mail:teruko.igarashi@kyowa-kirin.co.jp

塩津: 内線:9-11-2654 Mail:hitomi.shiozu@kyowa-kirin.co.jp