

インフルエンザワクチン接種のご案内と費用補助申請について

首記の件、ワクチン接種を受けられる方については、下記の通り健康保険組合より費用補助が受けられます。インフルエンザは通常の「風邪」と異なり重症化しやすく、体力の落ちている場合には重篤に至ることもあるため、ワクチン接種をお奨め致します。

新型コロナウイルスワクチンの接種も継続して行われているため、接種につきましては医療機関と相談の上で行なって頂きますよう、お願い致します。

1. ワクチン接種にあたって

ワクチン接種後、効果が現れるまでに通常約 2 週間程度かかり、その効果は約 5 ヶ月持続します。厚生労働省では例年のインフルエンザの流行時期などを考慮し、**12 月上旬までの接種を推奨**しています。ワクチン接種は地域の医療機関、かかりつけ医、自治体などで受けられますが、予約を必要とする場合もありますので、各機関へ直接お問い合わせください。

2. 補助申請の対象者

ブリヂストン健康保険組合の被保険者および被扶養者

3. 補助対象期間

2023 年 9 月～2023 年 12 月 31 日までの接種分(接種当日に資格がある方)

2 回接種した方は、必ず 2 回分まとめて申請してください。**(2 回目接種日の対象期限も 12 月 31 日まで)**

2024 年 1 月 1 日以降の接種分は補助できませんのでご注意ください。

インフルエンザワクチンの最も効果が期待できる期間は接種後 2 週間以降 3～4 ヶ月間ですので、流行時期を考慮し、接種補助の対象時期を 12 月 31 日までとさせていただきます。

4. 費用補助額

(1) 自己負担額と費用補助限度額は下記の通りで、自己負担額を上回った費用を限度額以内で補助します。

	自己負担額	費用補助限度額
1 回接種	2,500 円	1,500 円
2 回接種	4,000 円	2,500 円

※自己負担額以内の場合、補助はありません。

(2) 自治体等の助成を利用して接種を行なった場合でも、そのうえでさらに健保の申請要件を満たしていれば、補助申請することができます。

ex) 自治体助成を利用したうえで 1 回接種の支払額が 3,000 円だった → 健保には 500 円の申請が可能

但し、無償助成券での支払分については補助申請できません。

有償助成券での支払分については、購入時の割引額から算出した現金相当分で申請要件を満たしていれば、補助申請することができます(1 円未満切捨)。

助成利用時の健保補助についてご不明な点は、個別に回答させていただきますので、事前にご相談ください。
(事前相談無き場合、健保補助への異議申し立ては受付できませんのでご了承ください)

(3) フルミスト(鼻の中に噴霧するタイプのインフルエンザ生ワクチン)は厚生労働省の承認している国内での製造販売品の流通予定が 2024 年度の見込みとなっています。したがって、本年度はフルミストを費用補助の対象外と致します。

5. 提出書類

- (1) 「インフルエンザワクチン接種費用補助申請書」(健保 HP 内の「申請書類」からダウンロード可)
健康保険組合ホームページアドレス ⇒ <http://www.bridgestone-kenpo.or.jp>
- (2) 領収証原本

6. 補助申請上の注意事項

申請書や領収証に不備があると、補助金の支払いができなかったり遅れたりする場合があります。
以下、提出の際に再度確認をお願いします。

(1) 申請書についての注意事項

- ① 記入金額があっているか (補助申請額が限度額未満の場合はその金額を記入、限度額を超える場合は限度額を記入願います)
- ② **世帯で 1 枚の申請書にまとめて記入**ください (枠が足りない場合は、申請書を 2 枚合わせて提出可)。
世帯内でそれぞれが被保険者の場合は、1 枚ではなく被保険者毎に申請願います。

(2) 領収証についての注意事項

領収証は必ず原本(レシート・コピー不可)を提出ください。接種済証だけの添付では受理できません。

【領収証 例】 同型でなくて結構です。領収証についての注意事項をご確認ください。

領 収 証		③ ○年○月○日
① 健保 太郎 様		
⑥ 3, 000円		
② <u>但し、インフルエンザワクチン接種代</u> として 記正に領収いたしました		領収印があることを 確認ください！
インフルエンザワクチン接種代として明記が あることを確認ください！		
④ けんぽ医院 (印) ←⑤→ 東京都〇〇町 1-1-1 TEL 03-0000-0000		領 収

- ① 領収証の宛名は接種者のフルネームで発行してもらってください。
- ② 但し書きに「インフルエンザワクチン接種代」と明記 してもらってください。
「予防接種」、「保険外診療」だけでは何の支払いをしたのか不明確な為、必ず明記をお願いします。
但し書きのない領収証の場合は、インフルエンザワクチン接種済証等の内容がわかる書類を領収証と一緒に添付ください。領収証が家族合計の場合は、但し書きに「接種者名・接種者ごとの金額・日付」を必ず記載ください。
- ③ 接種年月日の記入を確認ください。
- ④ 領収証発行元の医療機関の名前・住所・電話番号が必要です。
- ⑤ 医療機関領収印または担当者印(朱印)があることを確認ください。
- ⑥ 領収金額 (2 回接種の場合、但し書きまたは余白に、1 回目・2 回目の接種日と各金額を記入ください)

7. 提出先 と 申請締切日

各事業所担当者へ提出 ※(株)ブリヂストン本社(支店含む)・任継者は健保へ直接提出

2024 年 1 月 19 日 (金) ブリヂストン健康保険組合 (1930A) 担当:木下 必着

※各事業所担当者への提出はそれより前となります。詳しくは各事業所担当者へ確認ください。