＜被保険者用＞
フタバ産業健康保険組合

2024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、２０２４年８月２５日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＞ **２０２４年１０月１日～２０２５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 1,300 円（上限）** 補助
ただし、接種料金が 2,800 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。
※海外出向者の為替レートは、海外給与計算に適用される為替レートを使用します。

＜補助方法＞ 接種後、領収書（コピー不可）を添付した、「補助金請求書」を健康保険組合へ提出してください。
２０２５年４月中旬、健康保険組合から給与第１口座へ直接振込します。
（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。）

＜提出締切＞ ２０２５年２月７日（金） 健康保険組合必着

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
※３ 押印のないものは補助できません
（書類に不備がある場合には補助できませんので、ご注意ください。）

＜問合せ先＞ フタバ産業健康保険組合 平下
℡：０５６４－６２－９５５８（内線 ６１５－４５２）

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	２０ 年 月 日		
	常務理事	事務長	係

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）

記入年月日	２０ 年 月 日

被保険者証 記号 - 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1,300円）
被保険者本人	（医療機関） （接種日） ２０ 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