被保険者の皆様へ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FBG健保通達2024－1001

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2024年10月10日

フランスベッドグループ健康保険組合

2024年度インフルエンザ予防接種利用補助金制度について

標記の件、当健康保険組合では「インフルエンザ予防接種利用補助金制度」に基づき、補助金申請書の受付を開始致します。

インフルエンザは一般の「かぜ症候群」等とは異なり、インフルエンザウイルスを病原とする高熱を伴う気道感染症です。予防接種の効果が現れるのは接種後、約2週間、又持続期間は4～5ヶ月とされています。予防接種を受けたからといって100％かからないとは断言出来ませんが①感染しにくくなる ②感染しても重症化を防げる等の効果は十分期待できます。

当健康保険組合では、毎年 加入者の約4割弱の方からの申請を受付けておりますが、本年度もより多くの皆様が本制度を活用し「予防接種」を受けて頂くことを目的に、本制度についての実施要領をご案内させて頂きます。

**＜2024年度　インフルエンザ予防接種利用補助金制度＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金対象期間 | 2024年10月15日～2024年1月31日の間に予防接種を受けられた方 |
| 対　　象　　者 | 当健康保険組合の65歳未満の、被保険者 及び 被扶養者（※接種日起点） |
| 補 助 金 内 容 | 1人、年度1回の申請とし、上限2,000円の補助金を支給致します。 |
| 申　請　方　法 | 「インフルエンザ予防接種利用補助金申請書」に必要事項を記入の上、医療機関の領収書（コピー可）を添付し、下記住所まで送付願います。  　　　　　　　　　　　　　　　（個別でも事業所単位でも構いません。）  〒196-0022　 東京都昭島市中神町1148  　　　　　　　フランスベッドグループ健康保険組合宛　042-543-3605 |
| 申 請 期 限 | 2025年2月10日（月）の健保申請書着をもって、締切りとさせて頂きます。 |
| 申 　請　 書 | 当健保組合のホームページからでもダウンロードできます。  ☆検索で「フランスベッドグループ健康保険組合」－　申請書のダウンロードへ  **（** [**http://www.fbgkenpo.jp/**](http://www.fbgkenpo.jp/) **）** |
| 支 給 方 法 | 平成2025年3月度支給の給与に被扶養者分も含め一括付加させて頂きます。 |
| 補 足 事 項 | 1. 医師より2回の接種を指示された場合でも、上限は2,000円とします。 2. 領収書金額が2,000円未満の場合は、額面による補助とさせて頂きます。 3. 領収書には日付/医療機関の他に、接種を受けた方の氏名とインフルエンザ   予防接種である事が明記されたものの提出〔コピー可〕をお願いします。  家族分合算での領収証一括記載は不可（個々の金額等記載があるものを除く）   1. 事業所において集団接種を受けた場合でも、個別に申請書、及び領収書の   提出をお願いします。   1. ご家族内で接種日が異なっていても構いませんので、まとめて申請書を提出   して頂きますようお願い致します。   1. 65歳以上は補助対象外となります。（多くの市区町村で公的補助が受けられる為） |

フランスベッドグループ健康保険組合 行　　　　　　　 受付NO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 健保受付 |
|  |  |  |

**2024年度用**・インフルエンザ予防接種

利用補助金申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 記　号 |  | 被保険者名 |  | | | 男  女 |
| 番　号 |  |
| 会社名 |  | | 部署名 |  | | |
| 社員番号 |  | | 部署連絡先 |  | | |
| ※2025年3月度の給与に付加しますので必ずご記入して下さい。 | | | | | | | |
| 接種した人  （被保険者）  （被扶養者） | 接種者氏名 | | | 接種医療機関名 | | 接種日 | |
| （　　　歳） | | |  | | 月　　日 | |
| （　　　歳） | | |  | | 月　　日 | |
| （　　　歳） | | |  | | 月　　日 | |
| （　　　歳） | | |  | | 月　　日 | |
| （　　　歳） | | |  | | 月　　日 | |
| （　　　歳） | | |  | | 月　　日 | |
| （　　　歳） | | |  | | 月　　日 | |
| 備　考 | ※65歳以上の方（接種日）は、市町村における公助制度の関係で対象外とさせて頂きます。 | | | | | | |
| 医療機関に　　支払った金額 | 円（消費税含む） | | | 領収書（コピー可）を添付願います | | | |
| 健保補助金額 | 一人につき、2,000円（上限） | | | 補助金以下の場合には実費補助となります。 | | | |
|  | **決定支給額** | | | **円** | | | |

◎1人が2回以上の接種を受けた場合、合算した金額に対して補助の上限は2,000円とさせて頂きます。

◎**領収証は、「日付・機関名・接種受診者の名前・ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種である事」が記載されているものを添付願います。※家族分合算での一括記載は不可(個々の金額等記載があるものを除く)**

◎被扶養者分の申請がある場合は、被保険者分と合わせて申請願います。

◎補助金対象のｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種期間は原則、2025年1月31日迄とさせて頂きます。

◎申請書の最終受付日は、2025年2月10日（月）迄に当健康保健組合に到着分とさせて頂きます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒196-0022 東京都昭島市中神町1148

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フランスベッドグループ健康保険組合

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　042-543-3605