

2022 年度インフルエンザ予防接種費用補助申請について

当健康保険組合に被扶養者（家族）として加入されている方を対象に、インフルエンザ予防接種費用の補助を行います。申請を希望される場合は、締切日までに必要書類をご提出下さい。

今年度は、**9月1日以降接種分より申請対象**とします。

また、**他の補助制度や割引等との併用はできません。医療機関の定価で接種した場合のみ申請対象となります。**

以下の内容を必ずご確認の上、申請して下さい。

■ 補助内容

1. 接種期間 **2022 年 9 月 1 日（木）～ 2022 年 12 月 31 日（土）**
2. 申請締切 **2023 年 1 月 13 日（金）※当健康保険組合必着**
3. 補助対象者 接種日当日、当健康保険組合に加入している被扶養者（家族）で、医療機関の定価にて接種した方
4. 補助額 1 人につき 1 回のみ、2,000 円を上限とした実費額
ただし、13 歳未満で 2 回接種した方は、1 回につき 2,000 円を上限とした実費額を 2 回分補助します。
5. 支払方法 被保険者所属会社経由にて支給

■ 提出書類

1. インフルエンザ予防接種補助金申請書（被扶養者申請用）

2. 領収書原本

＜領収書の注意点＞

- 必要事項が 1 つでも記載されていない場合、受付できません。
- 複数名分の合計額が記載されている場合は、医療機関発行の明細書等を添付いただくか、領収書に内訳として、接種者名と 1 人あたりの金額を領収書発行者に記入してもらって下さい。
- 2 回接種し、2 回分の合計額が記載されている場合は、医療機関発行の明細書等を添付いただくか、領収書に内訳として 1 回あたりの金額を領収書発行者に記入してもらって下さい。

【領収書必要記載事項】

- ① 接種日
- ② 接種者氏名（フルネーム）
- ③ 接種費用額
- ④ インフルエンザ予防接種費用であることが確認できる但し書き
- ⑤ 領収書発行元の医療機関名

<例>

領 収 書	
2022年12月1日	← ①接種年月日
空野 花子 様	← ②接種者名（フルネームで）
¥ 4, 0 0 0 -	← ③支払った接種費用額
但し、インフルエンザ予防接種代金として	← ④インフルエンザ予防接種費用にかかる領収書 である旨の記載があること ※他の名称や記載無き場合は受付できません
〇〇〇〇病院 東京都大田区△△△町1-1-1	← ⑤医療機関名

■ 注意事項

- 申請書の記載漏れ、領収書の不備等がある場合は、受付できません。内容をご確認の上、提出して下さい。

● **他の補助制度や割引等（※注）との併用はできません。**

医療機関の定価で接種した場合のみ申請対象となります。

医療機関窓口での支払額が、補助や割引等が適用された後の金額であった場合は、申請対象外となりますので、必ず、費用について事前にご確認いただき、補助等は使用せず、定価にて接種する事を医療機関へ申し出て、接種して下さい。

（※注）医療機関の定価以外で接種した場合は、すべて申請対象外となります。

<対象外事例>

- ・市区町村等の自治体による補助利用
- ・各共済会、友の会等による補助利用
- ・勤務先や就学先による割引価格での接種

～被扶養者（家族）～

■書類提出先

＜社用メール便で送付の場合＞

羽田/HND T1 「ANA グループ健康保険組合 インフルエンザ事務局」宛

＜郵送の場合＞

**〒144-0041 東京都大田区羽田空港 3-3-2 第一旅客ターミナルビル
「ANA グループ健康保険組合 インフルエンザ事務局」宛**

■お問い合わせ先

ANA グループ健康保険組合	電 話	: 03-5757-3509（平日 11 時～12 時、13 時～15 時）
	e-mail	: anagkenpo@anaas.ana-g.com