

◎(B方式) 任意の医療機関でインフルエンザ予防接種をした場合の  
補助金の請求方法等について

- 対 象 者 当健保組合の被保険者・被扶養者
- 補 助 金 額 等 同一年度内1人1回 1,500円(税込)を限度  
但し、13歳未満(小学生以下の小児)の被扶養者につ  
いては、同一年度内1人2回まで。
- 接種対象期間 毎年10月1日～翌年3月31日
- 請 求 期 限 翌年4月30日(健保組合必着)
- 請 求 方 法 等 事業所で取りまとめて請求してください。  
なお、市区町村から予防接種費用の補助を受ける場  
合は、その補助制度が優先となります。
- 提出書類等
- ・別紙(様式7)  
[「B方式」インフルエンザ予防接種補助金請求書](#)
  - ・続紙(様式7)  
[「B方式」インフルエンザ予防接種個人別内訳書](#)
  - ・領収書(コピー可)  
\*領収書余白に保険証記号・番号をご記入ください。
- 支 払 方 法 届出口座(保険給付費用)に後日、お振込いたします。

\* A方式(東振協契約医療機関)により接種した場合は、B方式での補助金を  
請求することはできません。