

被保険者の皆様へ

ジェイティ健康保険組合

インフルエンザ予防接種への補助金支給のご案内

日頃よりジェイティ健康保険組合にご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。
さて、下記のとおり、インフルエンザ予防接種への補助金を支給することといたしました。
インフルエンザにかからないようにするためには、常日頃からの予防が第一ですが、ぜひこの機会
をご活用ください。

記

1. 対象者 ジェイティ健康保険組合の被保険者または被扶養者で、インフルエンザ予防接種を受けた方 ※接種日にジェイティ健康保険組合の資格を有する方（当健保組合の保険証をお持ちの方）
2. 対象期間 令和4年10月1日（土）～令和5年2月28日（火）に接種した分
※お支払いに時間がかかる場合がありますので接種後速やかに申請してください！
（申請から指定口座への振り込みまで概ね2～3か月かかります。ご了承ください。）
3. 補助金額 接種回数に関わらず1名につき、2,500円まで
※2,500円未満の場合は、支払額が補助金額となります。
例①領収書：3,600円→補助金：2,500円 例②領収書：1,500円→補助金額：1,500円
4. 申請方法 「令和4年度インフルエンザ予防接種補助金申請書」に、必要事項を記入のうえ、領収書（原本）を添付してジェイティ健康保険組合へ申請してください。
なお、**補助金申請については、被保険者（社員）一人につき1回限りとなりますので、被扶養者（家族）の接種分と合わせて申請してください。**
※申請時に対象者(上記1.対象者を参照)を再度確認の上、申請してください。

領収書には次の項目の記載が必要です。
（1）“インフルエンザ予防接種”であることがわかる内容
（2）予防接種を受けた全員の氏名（複数の場合は1人毎の金額が分かること）
例：×「2人分で5,000円」→○「¥2,500円×2名」
（3）医療機関名
（4）接種年月日
（5）支払金額（他の項目と一緒にの場合は接種にかかる金額が明確なこと）
5. 申請×切 令和5年3月3日（金）必着 **今年度から申請書送付先が変更となっています。**
6. その他 補助金は、給与に上乗せして支払います。
※退職者など事業主からの給与の支払を受けていない被保険者の方には、指定口座に振り込みます。
（任意継続被保険者の方は、任意継続被保険者資格取得申請時に登録した金融機関口座へ振り込みます。）

【個人情報の取り扱いについて】

- ・当業務は収集した皆様の個人情報を外部委託先の共同印刷株式会社へ提供し、実施いたします。
- ・上記委託業者から皆様へのお問い合わせなどは一切発生いたしません。
- ・皆様の個人情報については当業務の目的以外に一切使用しません（第三者への情報提供もいたしません）。
- ・何か不明な点はジェイティ健康保険組合インフルエンザ担当（[TEL:03-6636-2001](tel:03-6636-2001)）までお願いします。

以上

※下記宛先を切り取って、ご利用ください。

申請書送付先

〒350-0151

埼玉県比企郡川島町八幡6丁目13-2

共同印刷株式会社 川島ソリューションセンター内 BPO課 宛



令和4年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

ジェイティ健康保険組合理事長 殿 補助金申請期限 令和5年3月3日(金) 共同印刷宛 必着

補助金の受領を事業主に委任します。(給与支払)

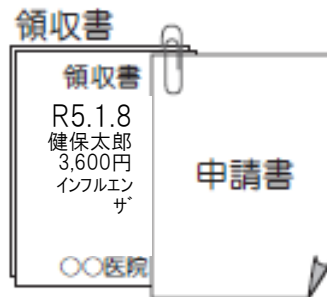
		申請年月日		令和	年	月	日	
申請者	保険証	記号	番号	被保険者氏名				
	住所	〒						
	問い合わせ連絡先	TEL	—	—	※書類不備があった場合の返却先をご記入ください。 ※日中連絡がとれる番号をご記入ください。 (自宅/職場/携帯電話) いずれか選択してください。			
予防接種を受けた方	接種者氏名 <small>(保険証の記号・番号が申請者と同一)</small>		本人 家族	接種日 <small>(1回分のみ記入)</small>		合計支払金額	補助金	受付No.
	1人目			令和	年 月 日	円		
	2人目			令和	年 月 日	円		
	3人目			令和	年 月 日	円		
	4人目			令和	年 月 日	円		
	5人目			令和	年 月 日	円		
	6人目			令和	年 月 日	円		
※太線枠内をご記入ください。						補助金合計	人分	円

確認欄	<input type="checkbox"/>	この申請については、①および②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りが無いことを申請者本人が確認している。
	<input checked="" type="checkbox"/>	※上のボックスに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。

※補助金申請のご注意

添付資料: 「インフルエンザ予防接種」と記載されている領収書(原本: 領収書にインフルエンザと記載がなく診療明細書に記載されている場合はセットで提出してください)

- 領収書や診療明細書はホチキス止めや糊付けをしないでください
- 領収書には次の事項の記載が必要です。ご確認ください。
- 予防接種を受けた方の氏名(複数の場合は1人毎の金額が分かること)
例: 2人分で5,000円→「2,500円×2名」
- 接種年月日 医療機関名
- 支払金額(他の項目と一緒にの場合は接種にかかる金額が明確なこと)
- 郵送時の封筒にはインフルエンザ予防接種以外の書類は入れないでください。
- 封筒に申請書送付先を正しく記載してください。



- ・補助対象者は、接種日にジェイティ健康保険組合の被保険者または被扶養者の資格を有する方です。
- ・補助金は令和4年10月1日～令和5年2月28日に接種した分が対象です。
- ・申請回数は、被保険者一人につき1回限りとなりますので、被扶養者分と合わせて申請してください。
- ・補助金は、接種回数に関わらず1名につき2,500円までです。
1回目の接種で2,500円を超えた方は、その時点で申請可能です。

・申請書送付先: **〒350-0151 埼玉県比企郡川島町八幡6丁目13-2 共同印刷株式会社 川島ソリューションセンター内 BPO課 宛**
 ※「ジェイティ健康保険組合 インフルエンザ補助申請書 在中」と記載願います。

今年度から申請書送付先が変更となっています。

・問い合わせ先: ジェイティ健康保険組合 インフルエンザ担当 TEL: 03-6636-2001

受付印



令和4年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

ジェイティ健康保険組合理事長 殿 **記入例** 請期限 令和5年3月3日(金) 共同印刷宛 必着
 補助金の受領を事業主に委任します。(結ぶ文) 申請年月日 令和 4 年 11 月 21 日

申請者	保険証	記号	番号	被保険者氏名	健保 太郎				
		101	99999						
	住所	〒 105-9999 東京都〇〇区〇〇2-2-1-601							
	問い合わせ連絡先	TEL	03	-	5572	-	9999	※書類不備があった場合の返却先をご記入ください。 (自宅/職場/携帯電話) いずれか選択してください。	

予防接種を受けた方	接種者氏名 (保険証の記号・番号が申請者と同一)	本人 家族	接種日 (1回分のみ記入)	合計支払金額	補助金	受付No.
	1人目	健保 太郎	本人	令和 4 年 11 月 15 日	3,600 円	
2人目	健保 花子	家族	令和 4 年 10 月 17 日	3,600 円		
3人目	健保 一郎	家族	令和 4 年 10 月 17 日	2,000 円		
4人目	健保 梅子	家族	令和 4 年 10 月 29 日	4,000 円		
5人目	健保 松子	家族	令和 4 年 10 月 29 日	1,500 円		
6人目	健保 松子	家族	令和 4 年 11 月 23 日	1,500 円		
※太線枠内をご記入ください。				補助金合計	人分	円

確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>	この申請については、①および②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りが無いことを申請者本人が確認している。
	<input checked="" type="checkbox"/>	※上のボックスに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。

※補助金申請のご注意

添付資料: 「インフルエンザ予防接種」と記載されている領収書(原本: 領収書にインフルエンザと記載がなく診療明細書に記載されている場合はセットで提出してください)

- 領収書や診療明細書はホチキス止めや糊付けをしないでください
- 領収書には次の事項の記載が必要です。ご確認ください。
- 予防接種を受けた方の氏名(複数の場合は1人毎の金額が分かること)
例: 2人分で5,000円→「2,500円×2名」
- 接種年月日 医療機関名
- 支払金額(他の項目と一緒にの場合は接種にかかる金額が明確なこと)
- 郵送時の封筒にはインフルエンザ予防接種以外の書類は入れないでください。
- 封筒に申請書送付先を正しく記載してください。



- ・補助対象者は、接種日にジェイティ健康保険組合の被保険者または被扶養者の資格を有する方です。
- ・補助金は令和4年10月1日～令和5年2月28日に接種した分が対象です。
- ・申請回数は、被保険者一人につき1回限りとなりますので、被扶養者分と合わせて申請してください。
- ・補助金は、接種回数に関わらず1名につき2,500円までです。
1回目の接種で2,500円を超えた方は、その時点で申請可能です。

今年度から申請書送付先が変更となっています。

受付印

- ・申請書送付先: 〒350-0151 埼玉県比企郡川島町八幡6丁目13-2
共同印刷株式会社 川島ソリューションセンター内 BPO課 宛
※「ジェイティ健康保険組合 インフルエンザ補助申請書 在中」と記載願います。
- ・問い合わせ先: ジェイティ健康保険組合 インフルエンザ担当 TEL: 03-6636-2001

☆ インフルエンザ予防接種補助 Q&A ☆

◇申請手続きについて

- Q1** 父母や子供も補助の対象になりますか？
- A1** ジェイティ健康保険組合の加入者(被保険者・被扶養者)の方であれば、すべて対象となります。年齢制限はありません。
- Q2** 医療機関でもらう領収書にはどのような記載が必要ですか？
- A2** 領収金額以外に①「インフルエンザ予防接種」であることがわかる内容②予防接種を受けた方の氏名③医療機関名④接種年月日が必要です。
- Q3** 領収書の原本は医療費控除に使いたいため、コピーを添付すればいいですか？
- A3** インフルエンザ予防接種の費用は、一般的には医療費控除の対象にはなりません。予防接種と同時に治療を行うなどの他の診療分が記載されている場合は必要であれば後日返却いたしますので、必ず原本を提出してください。
- Q4** 父は65歳以上であるため、住んでいる町からの補助があり窓口負担は500円でした。健保からの補助はいくらになりますか？
- A4** 補助額は最大 2,500 円までの実費となりますので、500 円となります。(当健保組合の加入者で74歳までの方)
- Q5** 子供が3人同日に同じ医療機関で接種しましたが、領収書は1枚でよいですか？
- A5** 子供さん3名の氏名とそれぞれの料金が明記してあれば結構です。(同額の場合は、「〇〇〇円×3名」でも可。
- Q6** 子供は2回の接種を勧められています。補助はいくら受けられますか？補助金申請はまとめてした方がいいのでしょうか？
- A6** 補助は接種回数に関わらず加入者1人につき最大2,500円です。また、申請回数は被保険者1人につき1回限りなので、被保険者やその家族分と合わせて、接種回数分全てまとめて補助金申請してください。
- Q7** 領収書を紛失してしまいました。
- A7** 領収書(原本)がない場合、補助金は支給できません。医療機関に再発行できるかどうかお問い合わせください。また、診療明細書のみ提出も補助金は支給できません。

◇インフルエンザの予防接種について

- Q8** 接種すれば感染しなくなるのですか？効果はいつ頃現われるのですか？
- A8** インフルエンザのワクチンは感染自体を防ぐことはできません。ただし本物のウイルスが侵入したとき症状が重くなったり、死亡したりするリスクは低くできるとされています。接種してから効果が出るまでには2週間程度を要するとされています。
- Q9** インフルエンザ予防接種の料金はいくらですか？
- A9** 健康保険が適用されないため、費用は医療機関によって異なります。受診前に医療機関でご確認ください。(医療機関によって2,000~5,000円くらいです。)
- Q10** インフルエンザの予防接種はいつから受けられるのですか？
- A10** 一般的に10月頃から予防接種は可能ですが、医療機関にお問い合わせください。シーズンを迎えると病院によってはワクチンの在庫がなくなり接種できなくなります。医療機関によっては予約制度を設けていますので、早めに申し込むことをお勧めします。