

平成 23 年 10 月

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、今年度は下記のとおり、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。

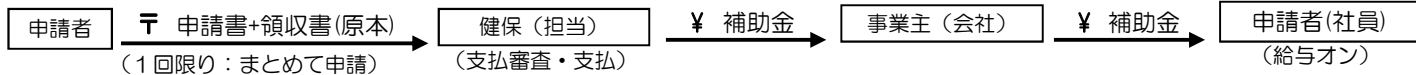
#### 記

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  
受けた者 ※接種日にジェイティ健康保険組合の資格を有する方
2. 対象期間 平成23年10月1日（土）～平成24年2月29日（水）に接種した分
3. 補助金額 接種回数に関わらず1名につき、2,000円まで  
※2,000円未満の場合は、支払額が補助金額の上限となります。  
例①領収書：3,600円→補助金：2,000円 例②領収書：1,500円→補助金額：1,500円
4. 申請方法 「平成23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）分と合わせて申請してください。  
※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  
(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. 申請〆切 平成24年3月9日（金）必着
6. その他 補助金は、申請を受けた月の翌月または翌々月の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は、指定口座に振り  
込みます。 以上

申請書送付先  
問い合わせ先

〒105-8422 東京都港区虎ノ門2-2-1 JTビル6F  
ジェイティ健康保険組合 インフルエンザ担当  
TEL：03-5572-4931 JT広域内線：7300-4931





# 平成23年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

補助金申請期限 平成24年3月9日(金) 必着

ジェイティ健康保険組合理事長 殿

|           |  |
|-----------|--|
| 受付<br>No. |  |
|-----------|--|

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 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
|-------|----|---|---|---|

|     |          |           |    |        |                                                     |  |
|-----|----------|-----------|----|--------|-----------------------------------------------------|--|
| 申請者 | 保険証      | 記号        | 番号 | 被保険者氏名 | 印<br>*忘れずに                                          |  |
|     | 住所       | $\bar{〒}$ |    |        |                                                     |  |
|     | 問い合わせ連絡先 | TEL       | —  | —      | ※日中連絡がとれる番号をご記入ください。<br>(自宅/職場/携帯電話) いずれかに○をしてください。 |  |

| 予防接種を受けた方 | 接種者氏名<br><small>(保険証の記号・番号が申請者と同一)</small> | 本人<br>家族 | 接種日<br><small>(1回目のみ記入)</small> | 合計支払金額   | 補助金   | 対象者No. |
|-----------|--------------------------------------------|----------|---------------------------------|----------|-------|--------|
|           | 1人目                                        |          |                                 | 平成 年 月 日 | 円     |        |
|           | 2人目                                        |          |                                 | 平成 年 月 日 | 円     |        |
|           | 3人目                                        |          |                                 | 平成 年 月 日 | 円     |        |
|           | 4人目                                        |          |                                 | 平成 年 月 日 | 円     |        |
|           | 5人目                                        |          |                                 | 平成 年 月 日 | 円     |        |
|           | 6人目                                        |          |                                 | 平成 年 月 日 | 円     |        |
|           | ※上記太線枠内をご記入ください。                           |          |                                 |          | 補助金合計 | 人      |

|     |                                                                                     |                 |          |                  |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|------------------|
| 振込先 | <small>&lt;申請者が現役社員の方は記入不要：給与支払&gt; ※退職者など事業主から給与の支払いを受けていない被保険者のみご記入してください</small> |                 |          |                  |
|     | 振込先銀行名                                                                              | 種目              | 口座番号     | 口座名義：被保険者名(カタカナ) |
|     | 銀行<br>金庫<br>信用金庫<br>農協                                                              | 支店<br>出張所<br>支所 | 普通<br>当座 |                  |

## ※補助金申請のご注意

添付資料：領収書(原本) <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。
- 「インフルエンザ予防接種」であることがわかる内容
- 予防接種を受けた方(全員)の氏名
- 医療機関名
- 接種年月日
- 支払金額(他の項目と一緒に接種にかかる金額が明確なこと)

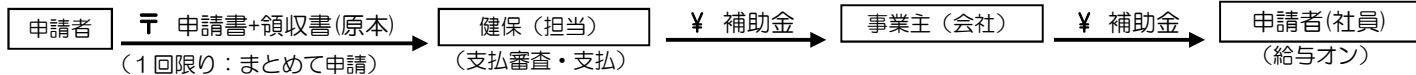


- ・補助対象者は、接種日にジェイティ健康保険組合の被保険者または被扶養者の資格を有する方です。
- ・補助金は、平成23年10月1日～平成24年2月29日に接種した分が対象です。
- ・申請回数は、被保険者一人につき1回限りとなりますので、被扶養者分と合わせて申請してください。
- ・補助金は、接種回数に関わらず1名につき2,000円までです。  
1回目の接種で2,000円を超えた方は、その時点で申請可能です。
- ・補助金は、申請を受付けた翌月または翌々月に、事業主を経由し給与に上乗せして支払います。
- ・退職者など事業主からの給与の支払を受けていない被保険者のみ、指定口座に振り込みます。
- ・申請書送付先・問い合わせ先：

|         |
|---------|
| 健保組合受付印 |
|         |

$\bar{〒}$ 105-8422 東京都港区虎ノ門2-2-1 JTビル6F

ジェイティ健康保険組合 インフルエンザ担当 TEL: 03-5572-4931 JT広域内線: 7300-4931



# 平成23年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

補助金申請期限 平成24年3月9日(金) 必着

ジェイティ健康保険組合理事長 殿 **記入例** 受付 No.  

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 平成 23 年 11 月 21 日

|     |          |                                                                          |             |                 |  |  |
|-----|----------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|--|--|
| 申請者 | 保険証      | 記号<br>101                                                                | 番号<br>99999 | 被保険者氏名<br>健保 太郎 |  |  |
|     | 住所       | 〒 173-0004 東京都〇〇区〇〇 3-17-10-602                                          |             |                 |  |  |
|     | 問い合わせ連絡先 | TEL 03 - 5572 - 5678 ※日中連絡がとれる番号をご記入ください。<br>(自宅/職場/携帯電話) いずれかに○をしてください。 |             |                 |  |  |

| 予防接種を受けた方        | 接種者氏名<br><small>(保険証の記号・番号が申請者と同一)</small> | 本人<br>家族 | 接種日<br><small>(1回目のみ記入)</small> | 合計支払金額            | 補助金     | 対象者No. |
|------------------|--------------------------------------------|----------|---------------------------------|-------------------|---------|--------|
|                  | 1人目                                        | 健保 太郎    | 本人                              | 平成 23 年 11 月 11 日 | 3,600 円 |        |
| 2人目              | 健保 花子                                      | 家族       | 平成 23 年 10 月 11 日               | 3,600 円           |         |        |
| 3人目              | 健保 一郎                                      | 家族       | 平成 23 年 10 月 11 日               | 2,000 円           |         |        |
| 4人目              | 健保 裕美子                                     | 家族       | 平成 23 年 10 月 28 日               | 4,000 円           |         |        |
| 5人目              | 健保 美海子                                     | 家族       | 平成 23 年 10 月 28 日               | 1,920 円           |         |        |
| 6人目              |                                            |          | 平成 年 月 日                        | 円                 |         |        |
| ※上記太線枠内をご記入ください。 |                                            |          |                                 | 補助金合計             | 人       |        |

|     |                                                                |                 |          |                  |
|-----|----------------------------------------------------------------|-----------------|----------|------------------|
| 振込先 | <申請者が現役社員の方は記入不要：給与支払> ※退職者など事業主から給与の支払いを受けていない被保険者のみご記入してください |                 |          |                  |
|     | 振込先銀行名                                                         | 種目              | 口座番号     | 口座名義：被保険者名(カタカナ) |
|     | 銀行<br>金庫<br>信用金庫<br>農協                                         | 支店<br>出張所<br>支所 | 普通<br>当座 |                  |

## ※補助金申請のご注意

添付資料：領収書(原本) <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。
- 「インフルエンザ予防接種」であることがわかる内容
- 予防接種を受けた方(全員)の氏名
- 医療機関名
- 接種年月日
- 支払金額(他の項目と一緒に記入の場合は接種にかかる金額が明確なこと)



- ・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、平成23年10月1日～平成24年2月29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2,000円までです。  
1回目の接種で2,000円を超えた方は、その時点で申請可能です。
- ・補助金は、申請を受付けた翌月または翌々月に、事業主を経由し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み、指定口座に振り込みます。
- ・申請書送付先・問い合わせ先：

健保組合受付印

〒105-8422 東京都港区虎ノ門2-2-1 JTビル6F

ジェイティ健康保険組合 インフルエンザ担当 TEL: 03-5572-4931 JT広域内線: 7300-4931

## ☆ インフルエンザ予防接種補助 Q&A ☆

### ◇申請手続きについて

Q 1 父母や子供も補助の対象になりますか？

A 1 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。

Q 2 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？

A 2 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。

Q 3 領収書の原本は医療費控除に使いたいのので、コピーを添付すればよいですか？

A 3 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。

Q 4 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？

A 4 補助額は最大2,000円までの実費となりますので、500円となります。

Q 5 子供3人が同じ日に、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？

A 5 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）

Q 6 子供は2回の接種を勧められております。補助はいくら受けられますか？補助金申請は、まとめて申請した方がよいのでしょうか？

A 6 補助は、接種回数に関わらず加入者1人につき最大2,000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、2回分まとめて補助金申請をしてください。（2回以上の場合も同様）

Q 7 領収書を紛失してしまいました。

A 7 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。

### ◇インフルエンザの予防接種について

Q 8 接種すれば感染しなくなるのですか？効果はいつごろ現れるのですか？

A 8 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3～4週間ほどかかると言われています。

Q 9 インフルエンザ予防接種の料金はいくらですか？

A 9 保険診療とならないため、医療機関が個々に料金設定を行っています。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。）

Q 10 インフルエンザ予防接種はいつから受けられるのですか？

A 10 一般的に10月頃から予防接種が可能ですが、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。