

令和2年9月30日

被保険者各位

ベンチャーバンク健康保険組合

インフルエンザ予防接種費用補助について

当組合では疾病予防事業の一環として、流行前に備えてインフルエンザ予防接種費用の補助を下記のとおり実施します。

是非この機会にご活用くださいますようご案内申し上げます。

記

1. 補助対象者

接種日にベンチャーバンク健康保険組合の資格を有する被保険者（本人）および被扶養者（家族）

※他の健康保険に加入しているご家族は対象外です

2. 補助対象期間

令和2年10月1日～令和3年1月31日までにインフルエンザ予防接種を受けたとき

※インフルエンザの流行は、1月上旬～3月中旬とされています。

ワクチン接種後抗体ができるまでに、約2週間～4週間とされていて、12月までに接種を受けることが望ましいとされています。

3. 接種方法

各自任意の医療機関での接種

※医療機関ごとで接種方法やワクチンの入荷状況が異なります。事前に医療機関へご確認ください。

4. 補助金額

1人あたり3,500円（税込）まで

上記金額を上限としてインフルエンザ予防接種にかかった費用を補助します。

なお、医師の指導により予防接種を複数回受けた場合であっても、上限金額は変わりません。

5. 補助金申請期限

令和3年2月26日（金）当組合必着

6. 支給について

申請期限までの毎月15日までに受付した申請分について、同月末日付で勤務先に届出ている「給与振込先（被保険者名義金融機関口座）」へ振り込ませていただきます。

※郵便事情により、事務局に届くのが遅れる場合もあります。支払日の目安としてください。

※書類不備等の場合には、この限りではありません。

※支給に際し、通知は送付いたしません。

7. 申請方法（任意の医療機関で接種の場合）

Step 1

医療機関でインフルエンザ予防接種を受け、費用をお支払いください。
お支払いした費用の「領収書」を必ず受領してください。

※「領収書」は医療機関が発行した領収書**原本**で、次の事項が記載されているものに限り、
下記の項目が満たされていない場合は、受付する事ができません。

- ① 接種を受けた方の氏名（全員分）※**会社名**のみの記載は受付できません
- ② 接種日
- ③ インフルエンザ予防接種代と明記されたもの

① 健保 太郎 様	領 収 書	② 令和2年10月14日
	¥ 2,500	
③ 但し インフルエンザ予防接種代として 上記正に領収いたしました	〇〇〇 医院	東京 渋谷区 千駄ヶ谷 〇丁目 〇番地

Step 2

健康保険組合ホームページ「各種申請用紙」から「インフルエンザ予防接種費用補助金請求書」
を印刷してください。

Step 3

Step 2 で印刷した『請求書』に必要事項を記入し、「領収書」原本を添付の上、当組合に送付し
てください。
2 回法は 2 回終了時に、世帯で申請される場合は全員分を接種後にまとめて申請してください。

Step 4

勤務先に届出されている「給与振込口座（被保険者名義金融機関口座）」に当組合から補助金を
振り込みます。

■下記3 医療機関では事前予約により費用負担 0 円～500 円でインフルエンザ予防接種を受けること
が可能です。（要予約）

ワクチンの在庫状況が医療機関ごとで異なります。必ず事前に医療機関へご確認しご予約下さい。

※新宿追分クリニックは、今年度、窓口での費用負担が 500 円となります。

健康診断とは別日で接種が可能な医療機関（健康診断と同日の接種も可能）		窓口負担額
リバーシティクリニック東京 （東京都中央区） 電話： 03-6219-5100	被保険者および被扶養者共に、当組合発行の健康保険被保険 者証を提示することで費用の支払いなく接種可。	0 円
健康診断と同日に接種が可能な医機関		窓口負担額
バリューHRビルクリニック （東京都渋谷区） 電話： 0570-075-710	被保険者および健康診断の受診条件を満たしている被扶養 者は、健康診断の受診日と同日に接種可。	0 円
新宿追分クリニック （東京都新宿区） 電話： 0120-28-3113		500 円

<問い合わせ先>

ベンチャーバンク健康保険組合（平日 9：30～12：00 13：00～18：00）

電話：03-5357-7015 Mail：info@vb-kenpo.com