

インフルエンザ 予防接種補助金のご案内

- 1 対象となる組合員 愛知県薬剤師国保組合の被保険者で65歳未満の被保険者
- 2 接種期間 令和3年10月1日(金)～令和3年12月31日(金)
- 3 申請期限 令和4年1月31日(月)
- 4 補助額 被保険者1名様1回限り 接種費用の半額(上限**2,000円**)
- 5 申請方法

- (1) 直接、任意の医療機関にお申込みください(指定医療機関なし)
- (2) 接種後、必ず領収書をお願いいたします。

※ 受診者氏名、接種日、インフルエンザ予防接種代(但し書)の記載が必要です

- (3) 「インフルエンザ予防接種補助金申請書」に(2)の領収書を添付して、愛知県薬剤師国保組合あて提出してください。領収書(原本)添付の際の確認事項は次のとおりです。

確認1 領収書に、接種された方の氏名が記載してありますか？

確認2 接種日は令和3年10月1日から12月31日までの期間内ですか？

確認3 「インフルエンザ予防接種代」と但し書に記載がありますか？

確認4 領収書は返却しませんので、予めご了承ください。

- (4) 支給決定後、ご指定の口座に振込みます。

6 その他

- (1) 世帯ごとでとりまとめた申請にご協力をお願いします。
- (2) ご不明なことがありましたら、事務局(052-228-0910)までお問合せください。

〒460-0002

名古屋市中区丸の内三丁目4番2号 愛知県薬剤師会館3階

愛知県薬剤師国民健康保険組合