

国からの補助金による モデル事業実施のご案内



今年度限り、国からの補助金による事業が行われます

加入者様の健康を維持するために国から補助金が支給されることになり、重点的に実施したほうが良い保健事業を提案したところ、補助金支給が決定しましたので「モデル事業」として下記の通りご案内いたします。

事業の効果によって来年度以降対象者を拡大するなど検討しますが、原則、今年度だけの予定です。

◆被保険者のインフルエンザ予防接種補助金の増額

被保険者のインフルエンザ予防接種補助金は皮革健保から1,500円支給しておりますが、この事業により500円増額し、合計2,000円の補助を支給いたします。

➤ 接種対象者	被保険者	
➤ 接種期間	令和1年10月から令和2年1月末接種分まで	
➤ 補助金額	2,000円を上限の補助いたします	
➤ ワクチン株	A型(ブリバソ・カザス) B型(フーケット・クリラト)	
接 種 方 法		
申 請 用 紙		
① 健保会館で接種	A：インフルエンザ予防接種申込書	
	➤ 実施場所	皮革健保会館4階(台東区駒形1-12-13)
	➤ 実施時間	午後2時から3時30分まで
	➤ 自己負担金	1,000円(接種日当日に徴収いたします。)
	➤ 申込締切日	<u>令和1年10月11日(金)</u>
		
実 施 日		
担 当 医 療 機 関		
10月30日(水)	深川ギャザリアクリニック	
10月31日(木)	東西線メディカルクリニック	
11月6日(水) 7日(木) 8日(金)	さわやか済世葛飾健診センター	
11月15日(金)	深川ギャザリアクリニック	
11月22日(金)	東西線メディカルクリニック	
※申込用紙(健保会館用)を提出してください。(「各種届出書ダウンロード」より印刷できます)		
※一般の医療機関等で接種すると、健保組合からの補助金を差し引いても <u>2,500円位の自己負担</u> となります。		
詳細は、事業所宛てに送付いたします案内通知で確認して下さい		
② 東振協の契約医療機関で接種	B：東振協専用予防接種利用券	
③ 最寄りの医療機関で補助金方式により接種	C：インフルエンザ補助金申請書	
<補助金の支給日>		
● 令和1年12月20日(金)	<提出期限> 令和2年3月31日	
● 令和2年2月21日(金)		
● 令和2年4月10日(金)		
事業所の指定口座へ振り込みます。	提出期限を過ぎた場合は、 <u>補助金は支給されませんのでご注意ください。</u>	

★今年度限定！ 奥さまインフル★



被扶養者である奥さまにインフルエンザ予防接種の補助金を支給します

被扶養者である妻へのインフルエンザ予防接種に対する補助金1,000円を支給します。

- ◆補助対象 皮革健保加入の被扶養者である妻
※子供やその他の被扶養者は対象外
- ◆申請者 被保険者
※ご主人の勤務先を通して申請してください
- ◆接種期間 令和元年10月 ～ 令和2年1月末 接種分
- ◆補助金額 1,000円を上限に補助します
- ◆申請方法
 1. 奥さまインフル専用の申請用紙を接種する当日に医療機関に持参し、領収書欄の記入を依頼してください。費用は全額立替払いします。
 2. 申請用紙に必要事項を記入し、被保険者（ご主人）の勤務先を通して皮革健保に申請してください。
 3. 提出期限は、**令和2年3月31日必着**です。提出期限を過ぎて申請されても補助金の支給は出来ません。
 4. 被保険者（ご主人）の勤務先の指定口座に振り込みます。会社を通して補助金をお受け取りください。

振込日 ▶令和1年12月20日（金）
▶令和2年 2月21日（金）
▶令和2年 4月10日（金）

<<注意>>

奥さまインフルは、医療機関で接種する償還払い（一度全額支払う）のみに
なります。健保会館申込書や東振協利用券などがありますが利用できません。

【 奥さまインフル専用 】

同年月日	令和 年 月 日	支払内訳	常務理事	事務局長	課長	係長	係
支払決議書		インフルエンザ予防接種補助金					
支払額	¥ 1 0 0 0						

* 医療機関の方へお願い。インフルエンザ予防接種の領収書を記入してください。

領 収 書 (インフルエンザ予防接種料)			
金		円 (様分)	
上記金額を領収いたしました。			
令和 年 月 日			
所在地			
医療機関名		Ⓜ	
代表者名			
接種日		令和 年 月 日	

* 2回法による接種であっても、第1回目の接種のみが補助金の対象となります。

【 奥さまインフル 申請書 】
インフルエンザ予防接種補助金申請書

当事業所従業員の被扶養者である妻が上記医療機関でインフルエンザ予防接種を実施したので、補助金を申請します。

東京都皮革産業健康保険組合 殿

令和 年 月 日

記

保険証記号				
保険証番号	被保険者氏名(申請者)	被扶養者妻氏名(接種者)	生年月日	年齢

* 補助金の支給は被保険者宛になりますので、該当事業所の給付金口座に振り込まれます。

〒 ー

受付日付印

事業所所在地
事業所名
事業主名
電 話
事務担当者名

Ⓜ

201909