

# 令和4年度 インフルエンザ予防接種費用補助のご案内

インフルエンザ予防接種を受けた被保険者及び被扶養者の方に、費用の一部を補助します。

## ○対象接種期間

令和4年10月1日（土）～令和4年12月31日（土）接種分

## ○申請期間

令和4年10月3日（月）～令和5年1月31日（火）

## ○対象者

接種日に当組合の資格がある被保険者及び被扶養者  
（日本国内の医療機関等で接種を受けた方とします）

## ○補助金額

一人当たり上限1,000円（年度に1回）

- ・自己負担額が1,000円未満の場合は実費補助とします。
- ・医師の指導等により複数回接種を受けた場合でも上限額は変わりません。

## ○申請方法

原則 **iBss**（アイビス）によるWEB申請となります。

申請には領収書の画像のアップロードが必須となるため、接種を受けた際の**領収書は必ずお手元に保管**いただくようお願いいたします。

### 【領収証の必須記載事項】

①接種者の個人名フルネーム

→**会社名不可**

②接種費用

③接種内容

→「**インフルエンザ**」の記載必須

④接種年月日

※領収日と接種日異なる場合のみ必須

⑤医療機関名と領収印等

| 領 収 証                               |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ① 健保 花子 様                           | 令和〇〇年〇月〇日                           |
| ② ￥3,500                            |                                     |
| ③ 但 インフルエンザ予防接種代として<br>令和〇〇年〇月〇日接種分 |                                     |
| ④                                   | ⑤                                   |
| 見本                                  | 大阪市〇〇区〇〇町1-1-1<br>〇〇医院<br>医院長 組合 太郎 |