

平成21年9月15日

事業主様

兵庫県建築健康保険組合

平成21年度季節型インフルエンザ予防接種の実施の補助について

平素は、当健康保険組合の事業運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記のことについて、下記のとおり実施しますので、被保険者及び被扶養者の皆様への周知について、特段のご配慮をいただきますようお願いいたします。

記

- | | | |
|---|-------|---|
| 1 | 補助対象者 | 被保険者及び被扶養者 |
| 2 | 補助回数 | 2回まで |
| 3 | 補助金 | 接種者1人につき
1回接種した場合 1,500円以内の実費
2回接種した場合 3,000円以内の実費 |
| 4 | 実施機関 | 被保険者・被扶養者が希望する医療機関 |
| 5 | 請求方法 | 事業主を経由して、「平成21年度季節型インフルエンザ予防接種補助金請求書」に領収書（コピーでも可）を添付し、平成22年2月26日（金）までに兵庫県建築健康保険組合に提出する。 |
| 6 | 振込み | 補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の所定の口座に振込みをさせていただきますので、ご理解とご協力をお願いします。 |
| 7 | 留意事項 | 厚生労働省は、平成21年9月4日に、 <u>新型インフルエンザワクチン接種の実施案を公表しました。</u>
その内容は、医療従事者や基礎疾患のある人などが優先接種対象で、その他の対象者は小中高校生や高齢者となっています。平成21年10月下旬に出荷が始まる国産ワクチンは原則として優先接種に使い、その他の対象者には平成21年12月下旬以降に使用可能になる輸入品を接種することになっています。
平成21年9月中に正式決定される予定です。
なお、接種場所や費用負担などについては、今回の案には触れられていません。
また、 <u>新型インフルエンザワクチンは季節型インフルエンザに置き換わるわけではなく、両ワクチンを投与することができる</u> とのこと。以上のとおり、 <u>流動的な状況であること等により、<u>新型インフルエンザ予防接種については、補助の対象としません</u></u> ので、ご理解願います。 |

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成21年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

平成21年度季節型インフルエンザ予防接種補助金請求書

事業所の名称					
被保険者証の記号・番号	●				
	氏名	続柄	接種日(1回目)	接種日(2回目)	費用の合計金額
被保険者		本人	平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
接種した医療機関名				合計	円
上記のとおり季節型インフルエンザ予防接種を実施しましたので、補助金を請求します。					
兵庫県建築健康保険組合理事長 様				補助金請求金額	円
平成 年 月 日					
〒					
被保険者の住所					
被保険者の氏名					

委任欄	この補助金の受領を下記代理人に委任します。		平成 年 月 日
	被保険者氏名		㊟
	代理人 〔事業所所在地及び 名称・事業主氏名〕		(上記の請求書印と同一印) ㊟

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	名義人
銀行 支店	口座番号		

(留意事項)

- 被保険者・被扶養者を対象として補助します。なお、新型インフルエンザ予防接種は、補助の対象となりませんので、ご理解願います。
- 接種者1人について、1回接種した場合は1,500円以内の実費を、2回接種した場合は3,000円以内の実費をそれぞれ補助します。
- 接種医療機関は、被保険者・被扶養者が希望する医療機関です。
- この請求書は、事業主を経由して、領収書(コピーでも可)を添付し、平成22年2月26日(金)までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。
- 補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の所定の口座にまとめて振込みをさせていただきますので、ご理解とご協力をお願いします。