

インフルエンザ予防接種 費用補助制度

[実施要領]

対象者	ナイスグループ健康保険組合の加入者で、インフルエンザ予防接種を受けた被保険者本人とその扶養家族。
補助金額	1年度で1回限り 1,000円まで ※ 補助金未満の場合は、実費分の補助となります。 ※ お子様などで2回接種をした場合も、補助の対象は1回のみです。
申請方法	【社員】社内ワークフローシステム「Gluegent Flow」から申請。 【任意継続者/休職者/YOUテレビ在籍者】申請書に予防接種時の領収証を添付し(コピー可)、健保組合に提出。 ※ 領収書には、撮取された方の氏名(フルネーム)が記載されていることをご確認ください。
支給方法	月末までに健保組合に到着した申請について、翌月の給与において「本社控除欄」で支給。 ※任意継続被保険者の方は希望口座へ振込。

- 季節性インフルエンザのワクチン接種は、秋頃から医療機関で実施される予定です。
- ワクチンの効果は、一般的には2週間目頃から5か月程度持続するものとされています。
なお、予防接種はかかった場合の重症化を防ぐもので、感染そのものを防ぐものではありません。
- * 毎年度(～3月末までに接種)の補助金申請の最終締め切りは翌4月末までとします。

■送付・お問い合わせ先■

ナイスグループ健康保険組合 〒230-8571 横浜市鶴見区鶴見中央4-33-1 ナイスビル7階
(MAIL:nicekenpo@nice.co.jp / TEL:045-503-0330)

切り取らず、このままご提出ください。

インフルエンザ予防接種 補助金申請書(任意継続者/休職者/YOUテレビ在籍者専用)

ナイスグループ健康保険組合理事長殿

インフルエンザの予防接種を受けましたので、補助金を申請いたします。

申請日 令和 年 月 日

いずれかに☑	健康保険の被保険者等記号一番号	氏名
<input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 休職 <input type="checkbox"/> YOUテレビ在籍		
【任意継続者のみ記入】 振込希望の銀行口座	銀行 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通 (口座番号:)	支店 ()

【予防接種補助金申請者】

※申請対象者全員分の記入が必要です。被保険者本人分の記入漏れにご注意ください。

氏名	接種日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

健保組合使用欄	
支給日	
支給額	

受付印

※領収書(コピー可)を、必ず添付してください。