



本年度より被保険者（従業員）の方に加えて被扶養者（ご家族）を対象とした『インフルエンザ予防接種』の費用補助を実施しています。

※被扶養者（ご家族）とは、被保険者の方の健康保険上の被扶養者になります。

補助対象	ひかり健康保険組合へ加入されているご本人様及びご家族（ひかり健康保険組合の保険証をもっている方）
対象期間	平成18年11月1日～平成19年2月28日接種分 <u>※予防の意味では遅くとも1月末までに接種されるのが望ましいといわれています。</u>
補助金額	上限 3,000円（同一年度の対象期間内に接種された方1人につき1回のみ） ※予防接種の料金が3,000円未満の場合、実費分となります。 ※予防接種の料金は、医療機関によって異なりますので事前にご確認ください。
申請期限	平成19年3月9日（金）必着分まで
注意事項	インフルエンザワクチン予防接種はあくまで個人が接種を必要かどうか判断して受ける任意接種ですので、受けられるときは、必ずかかりつけの医師とご相談のうえで行ってください。

申請から支払までの流れ

- ① 医療機関へ、各自インフルエンザ予防接種の予約
- ② 当日接種後、予防接種料金を医療機関窓口にて全額支払
- ③ 後日、『補助申請書』を記入し『領収証原本』を添付し健康保険組合へ提出
 - ※ 申請書は、ひかり健康保険組合HPからもプリントアウト可能です。
 - ※ 領収証のコピーは不可です。
 - ※ 領収証原本は、『接種者氏名』『1回分の接種料金』が明確になっていること。
注意：領収証の宛名は予防接種を受けた個人名でお願いします。
 - ※ 複数人数で受診し、一括で支払った場合は、領収証の余白等に、全受診者氏名を必ず記載してもらってください。
- ④ 申請書が健康保険組合へ届いたのち、約1ヶ月後に支払者の給与口座に振り込みます。
※支給決定通知書は送付いたしませんのでご了承ください。

お問合せ先 及び 申請書送付先

ひかり健康保険組合
171-0022東京都豊島区南池袋1-16-15光センタービル
tel 03-5951-7422 fax 03-5951-9663
mailto: info@hikarikenpo.or.jp
<http://www.hikarikenpo.or.jp/>