

令和5年度 インフルエンザ予防接種のご案内

当健保では疾病予防の一環として、下記の通りインフルエンザ予防接種費用の補助を行います。
ぜひ、流行前の早い段階で接種し、ご家族でインフルエンザの予防にお役立て下さい。

対象者 「被保険者」および「被扶養者」（接種日にオオゼキ健康保険組合加入者の資格を有していること）

接種期間 **令和5年10月1日～令和5年12月31日まで**

補助金上限額 期限内1回 **4,000円**（税込）但し、小学生以下の2回接種には、1回毎に上限4,000円（税込）

おすすめです!! 自己負担なし・補助金申請不要

1 東京都総合組合保健施設振興協会（以下：東振協）の「契約医療機関」で接種する場合

東振協が契約する医療機関にて、**自己負担なく**接種ができます。当健保に**補助金申請も不要**です。

- 手続き**
- 電話予約**…店舗に配布の「契約医療機関一覧」から希望の医療機関を選び、**事前に電話で予約**。
※「東振協インフルエンザ予防接種」利用であることを伝える。
 - 利用券の作成**…電話予約後、店舗配布の「東振協専用インフルエンザ予防接種利用券」をコピーし、必要事項を記入。



東振協ホームページ (<https://www.toshinkyu.or.jp/influenza.html>) から
「契約医療機関一覧」の閲覧、「東振協専用インフルエンザ予防接種利用券」の発行が可能。



- 接種当日**…『利用券』と『健康保険証』の2点を、医療機関窓口にて提示。（必須）

2 「契約外医療機関」で接種する場合

契約外医療機関で接種する場合は、医療機関の窓口にて**全額自己負担**し、後日、当健保に**補助金申請**をしてください。

申請書類

- 「インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書」（消えるペン使用の場合は無効。）
※申請書は、「オオゼキ健保のホームページ」からプリントアウト、または店舗に配布の申請書をコピー。
- 「領収書の原本」（コピー不可。）

※必須 領収書には下記の項目が記載されていることを確認。（記載されていない場合は無効。）

- ①接種を受けた方の氏名 ②接種日 ③「接種を受けた医療機関等の名称」および「印」
④「インフルエンザ予防接種代」である旨の但書 ⑤接種にかかった費用

申請先

オオゼキ健保に（事業主経由または直接）申請。（FAX不可。）

※必須 家族すべての接種が終わってから、まとめて申請。

申請期限

令和6年1月31日 健保必着