

全印健だより

ホームページ アドレス

平成 25 年 9 月 1 日 第 311 号
全国印刷工業健康保険組合東北支部
TEL 022-236-2508
FAX 022-231-7560
<http://www.insatukenpo.or.jp/>



インフルエンザ予防接種費用補助について

インフルエンザの感染予防に、予防接種は有効とされていることから、25 年度も『予防接種費用に対する補助事業』を実施いたします。皆様に、よりいっそうの健康増進とカゼ予防対策に積極的に取り組んでいただくため、この機会にご活用いただきますようご案内申し上げます。

なお、常日頃から手洗い・うがいを徹底するとともに、少しでも咳が出る人はマスクを着用するなど咳エチケットを心がけてください。

また、テレビや新聞・インターネット等でインフルエンザに関する情報を収集し感染防止に努めてください。

請求方法

対 象 者 予防接種を実施した被保険者と 中学生以下の被扶養者 が対象となります。
(注) パートやアルバイトで 当健保に未加入の方や、被扶養者(家族)で対象年齢以外の方は、補助がありません のでご注意ください。

補助金額 対象者 1 名につき **1,000 円** (市町村助成等により 1 回の接種が 1,000 円未満の場合にはその金額)
2 回接種しても、組合の補助は 1,000 円が限度 となります。

実施機関 接種期間 **平成 25 年 10 月 1 日～平成 26 年 2 月 28 日** まで。
(接種の効果が現れるまでは 1 ヶ月程度必要です。年内の接種が有効です。)

接種機関 最寄の病院、医院等

請求期間 **平成 26 年 3 月 14 日** まで (**東北支部必着**)

請求時の ① 「インフルエンザ予防接種補助申請書」(別紙)

必要書類 ② 「インフルエンザ予防接種者名簿」(別紙)

③ 病院等発行の領収書原本(レシート及びコピー不可)

※ 備考欄に インフルエンザ予防接種であることが明記され、病院名や金額がはっきり印字されている原本に限る。



お願い

- ・ 請求は、取りまとめの上お願いします。
補助金は 3 月下旬に取りまとめて支払をいたします。(振込料金の節減にご理解、ご協力をお願いします)
- ・ 会社単位で同一医療機関で接種した場合の領収書には、会社あての合計金額及び接種者数の記入をお願いします。
その際、予防接種者名簿に接種日・金額を記入してください。

被扶養者照会について

標記について、**9 月中旬頃に被扶養者照会**を実施いたしますので、被保険者の方に予めお知らせ願います。

なお、就職等により被扶養者から削除する方で、まだ異動届が未提出となっている場合は、早急に被扶養者異動届(削除)の提出をお願いします。

印刷けんぽ 心の相談ネットワーク

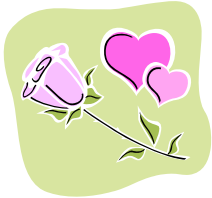
人間関係や仕事の不安、あるいは病気、育児や介護などで悩んでいませんか。
「臨床心理士」「精神保健福祉士」「精神科医」「心療内科医」などの専門スタッフが対応します。
プライバシーは厳守いたします。相談内容が他に知られるようなことはありませんので安心してご利用ください。

◎フリーダイヤル **0120-681-199**

◎携帯電話専用 **03-3234-1441** (通話料は利用者負担です)

月～金曜 午前 9 時～午後 9 時 土曜日 午前 10 時～午後 6 時

※ 日曜・祝祭日、1 月 1 日～3 日はご利用いただけません。



★★ ジェネリック医薬品への切り替えにご協力をお願いします ★★

薬をジェネリック医薬品に変えることで、医療費を抑えることができます。増大する医療費を抑えるため、家計にも健保組合の財政にもやさしい、ジェネリック医薬品への切り替えにご協力をお願いします。