

代行機関 (株)あまの創健 による接種方法



別添 2-①

代行機関(株)あまの創健の契約医療機関において、「インフルエンザ予防接種 補助券」を提示後、予防接種を受けることで日本年金機構健康保険組合のインフルエンザ予防接種補助額が控除されます。別途、補助申請等は不要です。

補助内容	上限 3,000 円/人 (年度内 1 回の補助) ※接種日において、日本年金機構健康保険組合の被保険者又は被扶養者の資格を有していること
利用できる医療機関	別紙の医療機関(別添 2-②)のみとなります。

「インフルエンザ予防接種 補助券」 利用方法

1	契約医療機関に対象年齢や金額、予約可否等を電話で確認 (※契約医療機関は別紙にてご確認ください。)
2	「インフルエンザ予防接種 補助券」に接種者全員の必要事項を記入
3	接種日に①「インフルエンザ予防接種 補助券」、②接種者全員分の「被保険者証」を医療機関へ提示
4	補助額を超過した支払額は、自己負担となります。当日、医療機関へお支払いください。

<注意事項>

本補助券を利用して接種した方は、年度内 1 回の補助を利用したこととなるため、償還払い申請の対象外となります。

※資格喪失後に「インフルエンザ予防接種 補助券」を利用して接種を受けた場合、本補助券を利用して接種した後に遡って資格を喪失した場合は、補助相当額(振込手数料含む)を返還いただくこととなりますので、ご注意ください。

----- キリトリ線 -----

インフルエンザ予防接種 補助券

令和5年度 日本年金機構健康保険組合

契約医療機関において、1回目接種のみ有効です。 接種する際は、本補助券と接種者全員分の「被保険者証」を必ず提示ください。 「補助券」を忘れた場合は、全額自己負担となります。 必要事項(被保険者氏名、接種者氏名、接種日等)が記入漏れまたは未記入の場合は、本補助券が使用できません。 本補助券に記入いただきました個人情報、インフルエンザ予防接種事業のみに使用し、他の目的には使用いたしません。 噴霧型のインフルエンザ生ワクチン「フルミスト」など、国内未承認のワクチンは補助対象外です。		補助額: 上限3,000円/人	
被保険者証 記号・番号 _____ <small>※枝番は不要です</small> (フリガナ) 被 保 険 者 氏 名 _____		※一人1回まで有効 (2回目からは自己負担)	
接種日において、日本年金機構健康保険組合で資格認定されている方のみご利用いただけます。			
接 種 日: _____ 年 _____ 月 _____ 日			
1	接種者氏名 _____ 1回目 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	3	接種者氏名 _____ 1回目 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)
2	接種者氏名 _____ 1回目 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	4	接種者氏名 _____ 1回目 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)
接種期間: 令和5年10月1日(日)～令和6年1月31日(水) ワクチンの有無については、接種を希望する契約医療機関に事前に確認してください。 接種期間を過ぎてからの接種は補助対象外となりますので、ご注意ください。		株式会社あまの創健 名古屋市東区泉(〒461-20)番20号 電話 052-931-0101(代) (お問い合わせ先)052-930-8071	