

風しん予防接種費用の補助について

国（自治体）の補助対象とならない組合員とその家族（被保険者に限る）が風しんの予防接種を受けたときに補助が受けられます。

ただし、40歳以上の方は補助の条件がありますので、ご注意ください。

・対象者 当組合の被保険者で、次の要件を満たす被保険者の方

◎風しんの抗体検査を受け、その結果医師がワクチン接種の必要であると判断された方。ただし、**区市町村の無料接種の対象者は除きます。**

無料対象者：昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性の被保険者

◎令和2年3月31日に39歳以下の組合員とその家族（被保険者に限る）

組合員とその家族（被保険者に限る）が補助対象者となります。

◎令和2年3月31日に40歳以上の組合員とその家族（被保険者に限る）

令和元年度に当組合が実施した①特定健康診査、②一般健康診断（個別）、③一般健康診断（集合）、④人間ドック（脳ドックを含む）を受診された被保険者で、補助申請（特定健診及び一般健康診断（集合）で40歳以上の方を除く）をされた組合員とその家族（被保険者に限る）の方が補助対象者となります。令和元年度に当組合が実施した特定健診等を受診していない被保険者は補助対象者となりませんのでご了承ください。

◎保険料滞納者は対象外とします。

・補助額 一人につき4,000円を上限に令和2年度内に1回助成します。

ただし、対象者ごとに実際に支払った額が上記の補助額を超えない場合は、その支払った額が補助額となります。

・接種期間 令和2年4月1日から令和3年3月31日まで

・申請期間 予防接種を行った日から**2ヶ月以内**（領収書の日付から起算します。）

・補助条件 ①風しん抗体検査の結果（コピー）を提出してください。

②風しんの予防接種を行なった受診者名及び接種日が記載された**領収書の原本（コピー不可）**を提出してください。

・申請方法 申請用紙（P39）に必要事項を記入して、領収書及び抗体検査の結果を添付してください。なお、**領収書の原本はお返ししません**のでご了承ください。

・留意事項 ①2回に分けて接種した場合は、まとめた金額が補助対象となります。

②接種後、風しんワクチンを接種したことが分かる領収書（接種者名、領収金額が記載されているもの）を必ずお受け取りください。

③区市町村で補助がある場合で、区市町村の補助金申請に領収書を使用した場合は、当組合の補助は受けられません。当組合の補助を受ける場合は、必ず**領収証の原本を提出**していただきます。提出された原本はお返ししません。

※必ず「風しん予防接種」と判るものを添付してください。ワクチン接種、予防接種、保険外金等の表示では、風しんワクチンの予防接種を行ったかどうか判りません。その場合は医療機関で「**風しんワクチン予防接種**」と追記してもらってください。

④風しんの接種時期等は受診を希望する医院、病院、診療所などで確認してください。

ただし、国内の医院、病院、診療所に限ります。