

平成 31 年 4 月 10 日

被保険者のみなさま

アマゾンジャパン健康保険組合

麻疹・風疹・流行性耳下腺炎のワクチン接種補助の拡大について

当組合では、感染症の予防対策としてワクチン接種にかかった費用の一部を補助していますが、2019年度からは接種2回まで補助することにしました。

ワクチン接種については、医師と十分ご相談のうえ実施してください。費用の補助内容及び手続きは下記のとおりです。

記

1 補助対象者

予防接種日に18歳以上の、当組合の被保険者（本人）又は被扶養者（家族）である者

<任意継続被保険者及び任意継続被扶養者を含みます。>

2 補助対象のワクチン

麻疹（はしか）、風疹、流行性耳下腺炎（おたふく）

<混合ワクチン（MR*、MMR**ワクチン）を含みます。>

*MR（麻疹＋風疹）、**MMR（麻疹＋流行性耳下腺炎＋風疹）

3 補助金額

ワクチン接種にかかった費用のうち、1人1回あたり10,000円を上限とします。なお、自治体の事業により費用が全額補助される場合は対象外とし、費用の一部が補助される場合は、窓口で支払った費用のうち10,000円を上限に補助します。ただし抗体検査費用は対象外です。

4 補助回数

1人につき接種2回まで

5 補助金の支払い

請求書で指定された銀行口座に健康保険組合から振込みます。

6 申請手続き

- ① 医療機関でワクチン接種を受け、費用をお支払いください。
『領収書』を必ず受け取ってください。
(領収書の宛名は費用を支払った個人名です)

↓

- ② 健保 HP から「ワクチン接種補助金請求書」を入手してください。

↓

- ③ 入手した「請求書」に必要事項を記載し、申請する全員の『領収書』(コピー可)をのり付けして、当組合へ送付してください。請求は、家族分をまとめて1回を原則としますが、分割して複数回の請求も可とします。

↓

- ④ 接種後すみやかに組合に請求書を送ってください。(2回分をまとめたの請求も可能です)

ご注意ください！

* 「領収書」は、医療機関が発行した領収書(コピー可)で、次の項目が記載されているものです。

- ①接種を受けた医療機関の名称
- ②麻疹・風疹・流行性耳下腺炎ワクチン接種代との記載
(記載を手書きする場合は医療機関担当者の認印又は署名)
- ③接種者全員の氏名(フルネーム)
- ④支払金額

* 「領収書」宛名は、必ず費用を支払った被保険者又は被扶養者としてください。会社宛の領収書では請求できません。

請求書の提出先

〒151-0051

東京都渋谷区千駄ヶ谷 5-23-15 A-PLACE 代々木

アマゾンジャパン健康保険組合

TEL : 03-5357-7555

FAX : 03-5357-7556