

◆インフルエンザ予防接種費用の補助

インフルエンザの罹患及び重症化を予防するため、予防接種費用を補助します。

対象 0～64歳の **組合員** **配偶者** **家族**

[> 用紙ダウンロード](#)

●対象期間

毎年度**10月1日**から**翌年1月31日**までの間に受けた予防接種

●申請期限

予防接種を受けた年度の**2月末日**までに所属の支部へ申請



●補助額

2,000円を限度（12歳以下の方が2回接種した場合は**4,000円**を限度）

※接種費用が上記金額に満たない場合は実際に支払った額

●補助回数

被保険者1人につき1回（12歳以下の方が2回接種した場合は2回接種分をまとめて1回）

PDFファイルの閲覧には[Adobe® Reader®](#)が必要です。お持ちでない方は右のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

