

## 本年度インフルエンザ予防接種費用の補助について rev.1

日々のお仕事お疲れ様です。

MCC 健康保険組合のインフルエンザ予防接種費用補助申請概要について、以下の通りご案内致します。

記

### 1. 補助対象者

接種日時点で三菱ケミカル健康保険組合の加入者（被扶養者含む）

※ご家族を含め当組合の保険証を持っている方

### 2. 補助内容

インフルエンザ予防接種 1 回につき、1,000 円を限度に補助

※小学生以下の方については 2 回目接種した場合の 2 回目も補助

### 3. 接種時期

2023年9月1日～2024年2月末日までの接種分

### 4. 申請方法

申請書に接種者氏名の書かれた領収書原本を添付し申請

※インフルエンザ予防接種費用補助金申請書の申請用紙に記入してください。

尚、用紙取得ができない場合には弊社から送らせて頂きますのでご連絡下さい。

#### ◇申請のご注意◇

① 所属部署名は「エムシーパートナーズ株式会社 外線：0299-97-0590」とご記入下さい。

② 領収書には接種年月日（2 回分の場合はそれぞれの接種日）、医療機関名、インフルエンザ予防接種費用の明記、接種費用単価（2 回分の場合はそれぞれの単価）、医療機関領収印（機械印刷は押印不要）、予防接種を受けた方の氏名（フルネーム）の記載が必要です。

領収書は糊付けせず、全てホッチキス止めにして添付して下さい。

※申請書記載の注意事項、記入例も併せてご確認ください。

※領収書原本は返却できませんので、写しをお手元に保管願います。

#### ◇市町村の予防接種助成を受けた場合◇

市町村の予防接種助成適用後の自己負担額のうち、1,000 円を限度に補助が受けられます。

領収書を添付の上申請をして下さい。

### 5. 申請回数

提出期限までに 1 回、被扶養者（ご家族）の分も全てまとめて申請して下さい。

### 6. 提出先

エムシーパートナーズ 茨城オフィス

### 7. 提出期限

2024年3月8日（金）必着

※MCP で取りまとめて申請をするため、提出期限を早めています。

※領収書記載事項漏れ等、申請書に不備があった場合には再提出となりますが、再提出が上記提出期限を過ぎた場合は補助が受けられなくなりますので余裕を持った申請をお願い致します。

### 8. 給付方法

※支給時期については目安となります。前後する可能性がある旨ご了承ください。

10月～12月到着分 ⇒ 3月度給与、1月～3月到着分 ⇒ 6月度給与 で支給予定です。

給与明細へは控除項目欄へ「健保給付」として、補助金額がマイナスで印字されます。

#### <お問い合わせ>

エムシーパートナーズ 茨城オフィス tel：0299-97-0590 玉造（携帯 080-8657-3993）

以上