

マーキュリー 健康保険組合

被扶養者
(ご家族)

-令和6年度- インフルエンザ予防接種 補助金支給のご案内

① 補助条件

<1> インフルエンザ予防接種時点でマーキュリー健康保険組合の被扶養者であること(被保険者はマーキュリー福利厚生会に加入していれば福利厚生会から申請が可能です。本申請では申請出来ませんのでご注意ください)

<2> 令和6年4月1日～令和7年1月末日までの接種であること

② 補助金額

上限3,000円の補助

予防接種費用が3,000円未済の場合には実費を補助

③ 提出書類

〈1〉インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

〈2〉領収書原本

宛名は接種者氏名・接種日・接種代金・医療機関等名・領収印・インフルエンザ予防接種代と明記されていること

※領収書は世帯単位ではなく、個人ごとに添付してください。お子様などで1人の方が2回に分けて接種する場合は、1回目が上限を超えない場合のみ2回分の領収書を一緒に提出してください。別々で申請された場合は、後から申請された分は不支給になります。

※領収書が手元がない場合は、医療機関等で再発行してもらってください。

令和7年2月15日必着。申請期限後に当組合に到着した申請書類につきましては、補助金のお支払いをいたしません。

④ 提出先

〒169-0073
東京都新宿区百人町1-22-17
新宿リサーチパークビル

マーキュリー健康保険組合 宛

注意事項

※ 被保険者名義の口座に振込いたします。

※ 自治体の助成の利用が優先です

※自治体の助成がある場合は、助成額を除いた自己負担額(上限3,000円)が対象となります。自治体からの助成額を確認できる書類の提出をお願いします。

【問い合わせ先】

マーキュリー健康保険組合

TEL : 03-6908-5426

MAIL : toiawase@mercury-kenpo.or.jp