

2021 年度感染症予防接種取組み支援制度について【紙申請の場合】

WEB 利用環境がある方は、WEB 申請してください。(WEB 申請と紙申請で支援内容が異なります。)

※WEB で申請済の方は紙申請できません。また、紙申請した後に WEB 申請することはできません。

対象の取組み	インフルエンザの予防接種	風疹の抗体検査・予防接種	麻疹の抗体検査・予防接種
対象者	接種日において日立健保加入の方 ※同居家族でも、日立健保未加入の場合は対象外	接種日において日立健保加入の 1990 年 4 月 1 日以前生まれの従業員※1	
対象期間	2021 年 10 月 1 日 ～2022 年 1 月 31 日接種分	2019 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日 検査・接種分	
申請期間	2021 年 10 月 1 日 ～2022 年 2 月 28 日	2022 年 4 月 28 日まで	
支援内容	クオカード 1,000 円分※2を郵送 ※10 日毎翌々月 15 日以降順次発送		
支援回数	対象期間中 1 回	2019 年度～2021 年度の 3 か年度中 1 回	
申請方法	<p>「感染症予防取組み申請書」に必要事項を記入し、「領収書(または接種証明・抗体検査結果票)」を添付して、送付先(専用宛先)へお送りください。</p> <p>※セルフメディケーション税制の適用を受けるため領収書の原本を添付できない場合は、領収書のコピーを添付してください。(一度提出いただいた領収書は返却できません。)</p> <p>※領収書には次の 6 項目の記載が必要です。</p> <p>①接種者氏名 ②接種日 ③接種費用 ④医療機関名 ⑤実施内容(予防接種等の名称等) ⑥領収印</p> <p>※事業所主体の集団接種の機会に支援対象の予防接種を受け、領収書が発行されなかった場合は、<事業所証明欄>に実施責任者(課長以上)の証明を受けてください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【送付先(専用宛先)】 〒850-0033 長崎県長崎市万才町 7-1 TBM 長崎ビル 7F 日立健保 感染症予防コールセンター 行</p> <p>※必ず郵便でお送りください。(社内便や宅配便は不可) ※感染症予防専用の宛先になりますので、他の書類を同封しないでください。</p> </div>		
注意事項	<p>①領収書等の添付が必要となりますので、医療機関にて必ずお受取りください。</p> <p>②子育て応援券などの金券等を使用した場合や自治体から助成を受けた場合も対象となります。</p> <p>③弱毒性インフルエンザワクチン(例:フルミスト・フルエンズ等)は、厚生労働省の認可を受けていないため、補助対象外となります。</p> <p>④記入もれや、書類不備等の場合には、提出書類一式を返却させていただく場合があります。</p> <p>⑤申請内容を確認する際、接種内容について医療機関に確認させていただく場合があります。</p>		
実施場所については、医療機関や保健所等でご確認ください。			
<p><お問い合わせ先> 日立健保 感染症予防コールセンター</p> <p style="text-align: center;">TEL:0120-091-567 受付時間 9:00～17:00(土・日・祝日を除く)</p>			

※1 一般被保険者(任継・特退被保険者は対象外)

※2 麻疹・風疹混合ワクチン接種の場合は 2,000 円分

送付先: 〒850-0033
長崎県長崎市万才町 7-1 TBM 長崎ビル 7F
日立健保 感染症予防コールセンター 行

お問い合わせ先
日立健保 感染症予防コールセンター
TEL:0120-091-567 受付時間 9:00~17:00(土・日・祝日を除く)

日立健康保険組合 宛

2021 年度 感染症予防取組み申請書

提出日	年 月 日	※太枠線内をご記入ください。	
保険証	記 号	番 号	被保険者 氏 名
			(フリガナ)
住 所	〒 ー ※クオカード送付先になります。		
連絡先	ー ー ※平日の日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。		
接種者 氏 名	(フリガナ)	生年月日 (西暦)	年 月 日
取組み 内容 (対象に ☑)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ 予防接種	<input type="checkbox"/> 風疹の抗体検査 ・予防接種	接種日 (西暦)
	<input type="checkbox"/> 麻疹の抗体検査 ・予防接種	<input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 混合ワクチン	
上記内容の感染症予防の取組みを実施し、個人情報の取扱いに同意の上、申請します。			
被保険者氏名: _____			

※接種者氏名は、被保険者(本人)の場合であっても必ずご記入ください。

※1 枚の申請書で申請できるのは 1 種 1 回 1 名分となります。

事業所主体の集団接種の機会に支援対象の予防接種を受け、領収書が発行されなかった場合は、<事業所証明欄>に実施責任者(課長以上)の証明を受けてください。

<事業所証明欄> 上記の申請者が集団接種したことを証明します。

会 社 名	実施責任者
	(職印)

ここに領収書(または接種証明・抗体検査結果票)の上辺をのり付けしてください。

(領収書等のサイズが大きい場合は、領収書等を二つ折り等してください。)

■ 感染症予防取組み申請における個人情報の取扱いについて

日立健康保険組合では、感染症予防取組み申請において、以下の通り個人情報を取扱いますので、内容をご確認いただき、同意の上、申請を行っていただきますようお願いいたします。個人情報の取扱いに同意いただけない場合は申請出来ません。ご了承願います。

【個人情報の取得および利用目的】

取得する個人情報	保険証記号・番号、氏名、生年月日、性別、続柄、住所、電話番号、接種日、接種金額、接種内容、医療機関名
利用目的	・感染症予防取組み申請に基づく支援内容発送に関する事務 ・事業評価、統計(利用にあたり、個人を特定できないよう処理します)

【個人情報の提供】

日立健康保険組合は、感染症予防取組み申請に基づく支援内容発送に関する事務処理にあたり、以下の業務委託契約先に個人情報を提供します。なお、業務委託契約先とは、個人情報の取扱いに関する契約を締結し、個人情報保護に関する監督を行っています。

業務委託契約先	ビーウィズ株式会社
提供する個人情報	保険証記号・番号、氏名、生年月日、性別、続柄、住所、電話番号、接種日、接種金額、接種内容、医療機関名
提供の手段	個人情報を電子化し電送

※個人情報の取扱いについて、ご不明な点やご意見がありましたら下記までご連絡ください。

※個人情報の開示・訂正・利用停止を希望される場合は、お申し出ください。

<個人情報保護管理者> 日立健康保険組合 事務局長

<お問い合わせ先> 日立健康保険組合 健康経営支援課 TEL:03-4554-3040