

2019年4月2日

各 位

小野薬品健康保険組合

風疹、麻疹の抗体検査に対する補助申請の受付を開始します

風疹、麻疹の抗体検査とワクチン接種に対する補助申請の受付を開始します。
健保組合ホームページに申請書を掲載していますのでご利用ください。

なお、2018年度に実施された方で、領収証をお持ちでない場合は、実施内容のわかるものを添付ください。詳細は健保組合までお問い合わせください。

○健診時に抗体検査を受ける場合

- ・各自で健診機関に抗体検査の実施できるか確認のうえお申し込みください。

抗体検査の費用は、当日、各自で窓口にてお支払いください。

後日、申請書に領収証を添付のうえ健保組合まで送付ください。

- ・新入社員、本社・本店の35歳未満の社員、水無瀬研究所の社員については、
検診車または日本予防医学協会（大阪市北区南森町）で実施する定期健診の
際に抗体検査を受けることが可能です。希望をお聞きますのでご利用くだ
さい。健保組合に一括請求となりますので当日の費用負担はありません。

○医療機関で抗体検査を受ける場合

- ・医療機関で抗体検査を受ける方は、各自で窓口にてお支払いください。

後日、申請書に領収証を添付のうえ健保組合まで送付ください。

申請書はこちら

http://www.ono-kenpo.or.jp/health_promotion/vaccination.html

風疹・麻疹抗体検査の補助について

当健康保険組合では下記の通り補助をおこなっておりますのでどうぞご利用ください。

●補助対象者

当健康保険組合に加入する被保険者および被扶養配偶者

●補助金額（上限設定あり）

① 風疹の抗体検査・・・実費額（上限 8,000円／回）

② 麻疹の抗体検査・・・実費額（上限 8,000円／回）

※ 上記の補助申請は生涯で各1度だけです。

※ 2018年4月以降に受けられた検査が対象となります。

●申請方法

「風疹・麻疹抗体検査補助金申請書」に必要事項をご記入・ご捺印の上、
領収証（コピーは不可）を申請用紙下段の領収書貼付欄にのり付けし、社内便で
【本店 健康保険組合 宛】にご送付ください。

後日、補助金を給与口座に振り込みます。

※ 2018年度に受けられた方で、領収証をお持ちでない場合は健康保険組合まで
ご連絡ください。

【注意】

領収証については下記の通り医療機関にご依頼ください

- ① 検査をうけられた方の氏名が分かるように記載してもらってください。
- ② 受けられた抗体検査の種類（風疹・麻疹）が分かるように記載してもらってください。
- ③ 受けられた抗体検査の金額（風疹・麻疹）が分かるように記載してもらってください。

○ 健診時に抗体検査を追加することをお勧めします。

抗体検査の費用は当日健診機関でお支払いいただき、必ず領収証をもらってください。後日、「風疹・麻疹抗体検査補助金申請書」と併せて健康保険組合へご提出ください。

なお、抗体検査の実施に関しては各健診施設にお問い合わせください。

○ 市区町村の助成制度を積極的にご利用ください。

風疹・麻疹抗体検査補助金申請書

以下の通り「風疹・麻疹ワクチン予防接種補助金」を申請します。

申請者（被保険者）

保険証の記号	保険証の番号	社員番号	所 属						
氏 名	(フリガナ)		性別	☐ 男	生年月日	☐ 昭和	年	月	日
				☐ 女		☐ 平成			
住 所	(住民票のある住所を記載してください) ※自治体の公費助成の確認のため				都・道 府・県			市・区 町・村	

※氏名欄には必ず印鑑(シャチハタ可)をご捺印ください。

予防接種を受けられた方

(この欄には記入しないでください)

区分	氏 名	性別	抗体検査の種類		公費助成	健康保険組合使用欄	
			接 種 日	接 種 金 額		支給決定金額	備 考
			生 年 月 日 (年 齢)				
☐ 本 人 ☐ 配偶者	(フリガナ)	☐ 男 ☐ 女	☐ 風 疹 ☐ 麻 疹 (西暦) 年 月 日	円	☐ あり ☐ なし	円	
☐ 本 人 ☐ 配偶者	(フリガナ)	☐ 男 ☐ 女	☐ 風 疹 ☐ 麻 疹 (西暦) 年 月 日	円	☐ あり ☐ なし	円	

(領収証貼付欄)

●領収証を貼付前に必ずご確認ください。

下記①～③の記載が無い場合は、医療機関で必ず記載してもらってください。

- ① 「検査を受けられた方の氏名」が記載されている。
※必ず個人名を記載(会社名・健保名は不可)
- ② 「受けられた抗体検査の種類(風疹・麻疹)」が記載されている。
※明細書に記載がある場合は、明細書を領収書に添付してください。(明細書のみは不可)
- ③ 「受けられた抗体検査(風疹・麻疹)のそれぞれの金額」が分かるように記載されている。

受 付 印

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者