

社員各位

インフルエンザ予防接種にかかる費用補助のご案内

イタックス株式会社

毎日の業務お疲れ様です。本年もインフルエンザ予防接種を受けた方に対して、費用の補助を致します。下記内容を必ずご確認の上、お申込み下さいますようお願い致します。

【補助対象期間】

2023年10月～2023年12月末までの接種分

【申請(領収書)受付締切日・補助対象者】

受付締切日: 2024年1月12日(金) 本社必着

補助対象者: 締切日である1月12日時点でイタックスに所属し、補助申請をされた方(本人のみ)

上記日付まで在籍されている方であれば、産休・育休等休業中の方も対象となります。

(※期限以降の受付は無効とし、補助対象となりませんのでご注意ください。)

【補助額】

1回分のみ、全額補助。

但し、市区町村などから補助が出た場合、その額は対象外となります。

(例: 接種費用 3,000円 - 市区町村等の補助 1,500円 = 1,500円の場合 補助支給額 1,500円)

【申請方法】

支給申請にはインフルエンザ予防接種領収証原本を申請書として下記住所へ送付ください。

※領収証裏面に所属、個人名(フルネーム)を記入して提出してください。

※自治体の補助に関わる還付申請で原本を使用される方は、別途ご相談下さい。

提出先: 〒891-0114

鹿児島県鹿児島市小松原 1-44-8

イタックス株式会社 総合管理室 インフルエンザ係

(郵送費用は各自でご負担願います)

問合わせ先:

イタックス株式会社(中央安全衛生委員会又は各管理担当者まで)

TEL 099-210-2430

【補助金支給方法】

申請分は一括で締め切り、2024年1月または2月給与にて支給します。(福利厚生補助欄に計上)

【領収証: 例】

接種を受けた医療機関から発行されたものであれば、同型でなくて結構です。記載内容についての必須項目をご確認ください。

領収書	領収書記載必須項目
③ 2023年12月×日	① 接種者の個人名(フルネーム)
① ○○ ○○様	② 受診内容(インフルエンザ予防接種代として)
⑥ ¥1,800-	③ 接種年月日
② インフルエンザ予防接種代として	④ 医療機関名、住所連絡先
上記正に領収いたしました。	⑤ 医療機関先領収印
④ 鹿児島県鹿児島市○○1-1-1	⑥ 支払金額
××医院	⑦ 裏面に所属とお名前をご記入ください。
⑤ 領収済	
××医院	

* 領収書に不備があった場合は、当社から確認の連絡をさせていただく場合があります。尚、領収書の返却は致しません。

【派遣先企業にて予防接種を受ける方】

派遣先企業にて予防接種を実施している場合は、派遣先企業で受けて頂いて構いません。

その際、自己負担がある場合は、事前に当社までご相談下さい。