

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。今年度より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。

【補助対象者】

イタックスに所属し、現在就業中で補助申請をされた方(本人のみ)

【補助対象期間】

10月～1月上旬接種分

【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**を申請書として受け付けします。

※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。

【申請(領収書)受付締め切り】

平成 28 年 1 月 15 日(金)必着で下記提出先へ郵送してください。

(※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。)

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(総合管理室又は各管理担当者まで)

TEL 099-210-2430

【補助金支給方法】

1月15日受付分までを2月給与にて支給(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平成 27 年 12 月 × 日 ① ○○ ○○様 ⑥ ￥ 1800 ③ インフルエンザ予防接種代として 上記正に領収いたしました。 ④ 鹿児島県鹿児島市○○町 1-1-1 ××医院 ⑤ 領収済 ××医院 | ① 接種者の個人名(フルネーム) ② 受診内容(インフルエンザ予防接種代として) ③ 接種年月日 ④ 医療機関名、住所連絡先 ⑤ 医療機関先領収印 ⑥ 支払金額 ⑦ 裏面に所属とお名前をご記入ください。 |

* 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。