

【インフルエンザ予防接種の費用補助の実施要項】

注意事項 医師の判断等で、2回接種される場合でも、1回目か2回目のいずれかの接種分しか請求することはできません（合算しての請求はできません）。

対象期間 2024年10月1日～2025年1月31日
※派遣契約期間中の接種のみ補助対象となります。派遣開始前、派遣終了後は、対象となりません。

請求期限 **2025年2月3日**
※期限を過ぎての申請は受け付けできませんのでご注意ください
※上記対象期間に派遣契約が満了した方は、満了日以降の接種は補助の対象外となります。その場合は、最終就業月の末日迄に申請をしてください。

請求方法 (1) ご自身で直接、医療機関等に申込み、予防接種を受けてください
(2) 費用の立て替え払いをしてください
医療機関窓口で費用全額をお支払いいただき、領収書をお受け取りください。
補助金請求には、**領収書の原本（レシート・接種証明不可）が必要**になりますので、必ず領収書を入手してください。
【領収書に記載が必要な内容】
・ **「株式会社キャリアシステム」様（医療機関の方の手書きでOK）**
・ 接種者氏名（あなたの氏名（フルネーム））
・ 接種日
・ 接種費用（単価）
・ 医療機関名
・ 但し書き：「インフルエンザ予防接種代」もしくは「インフルエンザ」の記載
(3) 領収書の原本（コピー不可）をキャリアシステムへ提出してください

支払方法 領収書原本を提出した翌月15日に給与と一緒にご指定の給与振込口座に振り込みます

その他 領収書の送付先は次のとおりです
〒921-8002 石川県金沢市玉鉾3-29
株式会社キャリアシステム 業務グループ宛て

または最寄りの拠点に送付ください。

[キャリアシステム事業所一覧](#)