

インフルエンザ予防接種 助成事業のご案内

被保険者を対象に健康保持増進と医療費適正化のため、インフルエンザ予防接種費用の一部を助成します。

実施要領は次のとおりですので、内容をご確認のうえ申請をお願いいたします。

助成内容

対象者

被保険者【接種時に資格を有する者(第三種組合員も含む)】

助成金

1人1年度内1回1,000円

申請書類

インフルエンザ予防接種助成費支給申請書
医療機関発行の領収書(写)

申請先

三重県歯科医師国民健康保険組合



申請書を提出する場合は次の点に注意してください

《注意事項》

- 歯科医院で取りまとめのうえ、申請をお願いいたします。
- 領収書には
 - ①被接種者氏名 ②接種年月日 ③接種費用 ④医療機関名 ⑤医療機関印(領収印)
 - ⑥予防接種の種類:インフルエンザ予防接種代(予防接種代・ワクチン代では不可)が明記された医療機関発行の領収書が必要です。
 - (必要事項の記入がない場合は医療機関に記入をお願いしてください)
- 領収書は、被接種者ごとに発行されたものが必要ですが、2人以上をまとめた領収書の場合は、被接種者各々の氏名・接種年月日・接種費用・予防接種の種類が明記が必要となります。
- 添付書類は、領収書以外は認められません。(接種済証明書は不可)

三重県歯科医師国民健康保険組合

〒514-0003 三重県津市桜橋二丁目120-2

☎059-227-6488

決 裁 年 月 日			年 月 日		
理 事 長	副 理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	課 長	係

インフルエンザ予防接種助成費支給申請書

被保険者証 記号番号	被接種者氏名	接種年月日	接種費用
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
		平成 年 月 日	円
計			人

上記のとおり助成費を申請します。

平成 年 月 日

第1種組合員住所

氏名

(印)

三重県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

<input type="checkbox"/> にレを入れて下さい 助成費送金先口座	<input type="checkbox"/> 保険料引落口座 <input type="checkbox"/> 下記送金先口座	
	送 金 先	銀行
	金融機関名	_____金庫・農協 _____支店
	預 金 種 類	普通・当座
	口 座 番 号	_____
	フリガナ	_____
口 座 名 義	_____	

*歯科医院で取りまとめのうえ、申請をお願いいたします。

*領収書の写しを添えてご提出をお願いいたします。

領収書に必要な記載事項(記入がない場合は医療機関に記入をお願いしてください)

【被接種者の氏名・接種年月日・接種費用・医療機関名・医療機関印(領収印)】

・予防接種の種類：インフルエンザ予防接種代(予防接種代、ワクチン代では不可)】

*助成費送金先口座にチェックがない場合は、保険料引落口座に送金いたします。