

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いたします。

今年度より、下記のとおり助成金を増額いたしましたので、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回上限2,000円
ただし13歳未満で2回接種した場合は、
各2,000円

※他の助成があり、実質自己負担額が助成金に満たない場合は、
実費を助成

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)
が記載された医療機関発行の領収書が必要です。
(領収書に必要事項の記載がない場合は、医療機関に記入をお願いしていただくか、
上記が記載された明細書と領収書を併せてご提出下さい。)
- 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
の記載が必要となります。
- 接種済証明書の添付は、不可となります。

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

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
		2回補助の対象は接種時に13歳未満の方です 対象の場合に限り2回目の日付を記入してください		
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円

上記のとおり助成費を申請します。

令和 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 様

助成費送金先口座 □にレを入れてください	<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	_____

注意事項	<p>* 歯科医院で取りまとめのうえ、申請をお願いいたします。</p> <p>* 領収書の写しを添えてご提出をお願いいたします。</p> <p>領収書に必要な記載事項(記載がない場合は医療機関に記入をお願いしていただくか、下記が記載された明細書も併せて添付) 【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)】</p> <p>* 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。</p>
------	--

支給決定金額

※国保組合記入欄

円