



新型コロナワクチン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、新型コロナワクチン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3種組合員も含む)】

助成金

1人1年度内1回上限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

新型コロナワクチン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予防接種の種類: 新型コロナワクチン接種代(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がありますが、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・予防接種の種類に記載が必要となります。
- 接種済証の添付は、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

新型コロナウイルスワクチン接種助成費支給申請書

被保険者証 記号番号	氏名	接種年月日	接種費用
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		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																	
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">送金先</td> <td style="width: 30%;">銀行</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>金融機関名</td> <td>金庫・農協</td> <td>支店</td> </tr> <tr> <td>預金種類</td> <td colspan="2">普通・当座</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td>口座名義</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	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	_____
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

- * 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(記載がない場合は医療機関に記入をお願いいただくか、下記が記載された**明細書も併せて添付**)
【氏名・接種年月日・接種費用・医療機関名・ワクチンの種類：「新型コロナウイルスワクチン接種代(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。

支給決定金額 ※国保組合記入欄	円
--------------------	---