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

新型コロナワクチン接種助成費支給申請書

被保険者 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　　㊞

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）

□保険料引落口座　　□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

＊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していただくか、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