

# 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

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
		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
計			人

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

⑨

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。