

令和6年9月吉日

インフルエンザ予防接種補助について（お知らせ）

広島県歯科医師国民健康保険組合

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より当組合事業に格別のご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、毎年実施しておりますインフルエンザワクチンの予防接種に対する補助を本年度も裏面の補助要領に基づき実施しますので、補助金交付を希望される方は同封の申請書によって当組合まで申請してください。

この事業は当組合加入者全員（後期高齢組合員を含む1項・2項組合員本人と74歳までのご家族）を対象としておりますので、従業員・ご家族の皆様にもインフルエンザ予防接種についてご周知いただきますよう、ご配慮方お願い申し上げます。

下記に特にご留意いただきたい事項を記載しておりますのでご確認ください。

■補助金は、歯科診療所単位で1項組合員（県歯会員）の互助会還付口座へ振込むことを原則としております（この場合申請書には振込先口座情報は記入不要）。

他の口座を指定する場合は申請書に振込先口座情報（下段網掛部分）に記入の上、預金通帳のコピーの添付が必要です。

詳しくは裏面要領及び申請書の注意書きをご覧ください

【連絡先・申請先】

〒732-0057 広島市東区二葉の里 3-2-4

広島県歯科医師会館 5階

広島県歯科医師国民健康保険組合

TEL (082) 261-1718

FAX (082) 261-1708

広島県歯科医師国民健康保険組合 インフルエンザ予防接種補助要領

1. 補助対象者

国保組合加入者 後期高齢組合員を含む1項組合員（県歯会員）・2項組合員（従業員）の本人と74歳までのご家族

※1 65歳以上の方は、予防接種法の規定により市町からの補助や全額免除される場合もあります（詳しくはお住まいの各市区町役場にお尋ねください）。

※2 後期高齢者医療制度の創設に伴い、75歳以上の家族の方は歯科医師国保組合の資格を喪失されておりますので、補助の対象となりません。

2. ワクチンの種類

2024/2025シーズンのワクチン株はA型が2種類、B型が2種類の4価ワクチンです。

3. 接種回数と時期について

6ヶ月から13歳未満の方は原則2回、13歳以上の方は原則1回とされています。

4. 補助額

1回接種は2,000円を上限とする実費

2回接種は4,000円を上限とする実費

5. 申請方法

① かかりつけ医療機関等で予防接種を受け、費用の全額を一旦お支払いください。

その際に、明細の書かれた領収書（宛先・「インフルエンザ予防接種」等のただし書の記載があるもの）を受領してください。

② 同封のインフルエンザ予防接種補助申請書に 受領した領収書の原紙（原則としてコピー不可）をホチキス止めのうえ、当組合にご請求ください。

③ 振込先は1項組合員の互助会還付口座を原則とします。この場合振込先口座情報は記入不要です。他の口座を指定する場合は、口座情報を記入し預金通帳の金融機関本支店名・口座種別・番号・名義が記載されたページ（通常は表紙の次頁）のコピーを添付してください。

※医療費控除の特例として実施されている「セルフメディケーション（自主服薬）推進のためのスイッチOTC薬控除（セルフメディケーション税制）」の適用を受けるため、領収書の原本が必要な方は国保組合にご連絡ください。（082-261-1718）

※2回接種の方は、2回目接種終了後に申請を行ってください。

6. 補助金の口座振込みについて

申請書を受理した月の翌月の処理となりますので、場合によっては長期間お待たせすることもあります。なお、振込通知は行いませんのでご了承ください。

7. 申請期限 令和7年3月31日必着（令和6年度内接種分を補助対象とします）

令和6年度 インフルエンザ予防接種補助申請書

領収書原本
ホチキス止め
(↓歯科医師国保
使用欄↓)

①	被保険者証 記号番号 (8桁の数字)	氏名	年 齢	接種 回数	接種日	金額	接種した医療機関名	
①				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
②				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
③				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
④				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
⑤				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
⑥				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
⑦				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		

※“被保険者証記号番号”はカード被保険者証上部に記載された記号・番号の数字（8桁）です（343012ではありません。）

※領収書（宛先・「インフルエンザ予防接種」等のただし書の記載があるもの）の原紙（原則としてコピー不可）を①～⑦の順にまとめて右上にホチキス止めしてください。

※補助金は、歯科診療所単位で1項組員（県歯会員）の互助会還付口座に振込むことを原則とします（この場合、下記網掛け部分の振込先口座情報は記入不要）。

1項組員（県歯会員）がお持ちの他の口座を指定する場合は下記の網掛け部分に記入し、『預金通帳の金融機関本支店名・口座種別・番号・名義が記載されたページ（通常は表紙の次頁）』のコピーを添付してください。なお、振込み通知は行いませんので、金額等控えが必要な場合は事前にコピーをお取りいただき、ご申請ください。

※記入欄が不足する場合は、続紙をコピーしてご利用ください。

【申請者】

申請期限 令和7年3月31日必着（令和7年3月31日以降の申請は受付不可）

歯科医院名	電話番号	金融機関名	支店名	金融機関コード 0169/0569	種別	口座番号（右詰）
1項組員（県歯会員）氏名		広島銀行／もみじ銀行	支店	支店コード	普通	フリガナ
		銀行 信金 信組 農協				口座名義

令和6年度 インフルエンザ予防接種補助申請書（続紙）

領収書原本
ホチキス止め

	被保険者証 記号番号 (8桁の数字)	氏名	年齢	接種回数	接種日	金額	接種した医療機関名	(↓歯科医師国保 使用欄↓)
⑧				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
⑨				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
①'				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
②'				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
③'				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
④'				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
⑤'				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
⑥'				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
⑦'				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
⑧'				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		
⑨'				1回目	月 日	円		
				2回目	月 日	円		

※領収書（宛先・「インフルエンザ予防接種」等のただし書の記載があるもの）の原紙（原則としてコピー不可）を順番に、まとめて右上にホチキス止めしてください。

※記入欄が不足する場合は、続紙をコピーしてご利用ください。