

インフルエンザワクチン接種補助実施要領

1. 目 的

被保険者の健康保持増進を図る為、疾病の予防による健康管理を目的としてインフルエンザワクチン接種費用について助成補助する。

2. 対象者

佐賀県歯科医師国民健康保険組合の全ての被保険者（甲種組合員・乙種組合員・甲種家族・乙種家族）を対象とする。

3. 補助金の額

組合は組合員の請求に基づき、インフルエンザワクチン接種費用として1年度（4月～3月）2,000円を限度とし補助する。費用が2,000円未満のときはその額とする。

（複数回接種した場合も一人当りの補助は2,000円を限度とする。）

4. 請求方法

インフルエンザワクチン接種補助申請書に接種費用の領収書（コピー可、レシートは不可）を添付し歯科医院単位で甲種組合員が申請する（接種をした全員分を取りまとめて申請をしてください）。

ただし、乙種家族のインフルエンザワクチン接種費用の補助申請に関しては、別に申請することを認める。

5. 申請期間

令和8年3月31日までを期限とする。

令和7年4月～令和8年3月接種分の申請は令和8年3月末日までとする。

令和7年度

インフルエンザワクチン接種補助申請書

インフルエンザワクチン接種受診者氏名					
	被保険者記号番号	氏 名	区分	接 種 日	費 用 額
1	佐歯・		本人・家族	R . .	円
2	佐歯・		本人・家族	R . .	円
3	佐歯・		本人・家族	R . .	円
4	佐歯・		本人・家族	R . .	円
5	佐歯・		本人・家族	R . .	円
6	佐歯・		本人・家族	R . .	円
7	佐歯・		本人・家族	R . .	円
8	佐歯・		本人・家族	R . .	円
9	佐歯・		本人・家族	R . .	円
10	佐歯・		本人・家族	R . .	円
11	佐歯・		本人・家族	R . .	円
12	佐歯・		本人・家族	R . .	円
振込先口座	支 店 _____銀行 _____出張所 普通 ・ 当座 フリガナ _____ 口座番号 _____ 口座名義 _____				
	上記の者のインフルエンザワクチン接種補助を領収書を添えて申請します。				
	令和 年 月 日 組合員 歯科医院名 氏 名 佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿				
	● 所属する医療機関の甲種組合員証明欄（乙種組合員が申請する場合のみ記入） 上記、申請書のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 甲種組合員 歯科医院名 氏 名				

※ 申請は領収書（レシート不可）を添付し、必ず当該年度3月末日までにして下さい。

支給額	円	支給年月日	年	月	日
-----	---	-------	---	---	---

基 39	基 40	B	C	保		