

# インフルエンザ 予防接種助成について



鹿児島県歯科医師国民健康保険組合では、保健事業の一環としてインフルエンザ予防接種費用の助成を実施しています。下記内容をご確認の上お手続きください。

## ■ 助 成 内 容

|         |                                                                                                 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | 本組合に加入の被保険者(65 歳未満)<br>※65 歳以上の被保険者については、各市町村から補助があるため、本組合からの助成はありません。詳しくはお住まいの各市町村へお問い合わせください。 |
| 助 成 額   | <b>3,000 円</b> までの助成（助成額未滿は実費支給）<br>※1 人につき同一年度内に 1 回を限度とする                                     |
| 必 要 書 類 | ①「インフルエンザ予防接種助成金申請書」<br>②「領収書(原本)」 ※コピー不可                                                       |
| 申 請 締 切 | <b>令和 3 年 3 月 31 日 必着</b><br>※締切日以降の申請については、助成の対象となりませんのでご注意ください                                |

## ■ 注 意 事 項

|       |                                                                                                                                                                                                  |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申 請 書 | <ul style="list-style-type: none"><li>・診療所単位で一括して申請してください。</li><li>・必ず診療所所在地、歯科医院名、甲種組合員氏名の記入と、<b>捺印</b>をしてください。</li><li>・<b>振込先口座情報(口座番号、名義など)</b>の記載誤りがないか必ず確認してください。</li></ul>                |
| 領 収 書 | <p>①～④に不備があると受付できません。記載されているか必ず確認してください。</p> <div><p>①接種者名および接種費用額<br/>(複数名分が 1 枚にまとまっている場合は必ず接種者全員の氏名とそれぞれの費用額を明記してください)</p><p>②接種年月日</p><p>③インフルエンザ予防接種代とわかる記載があること</p><p>④医療機関名・領収印</p></div> |

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合

TEL 099-223-5923 FAX 099-223-6079 HP <http://kdkokuho.com>

領収書をもらう際に…

**こ 注 意 く だ さ い !**

※領収書には“接種者氏名”と“接種費用”を必ず記載してもらってください。

※領収印が押してあるか確認してください。

※機械印字の領収書であっても、必ずインフルエンザ予防接種代とわかるようにしてください。

◆インフルエンザ予防接種とわかるよう手書きなどで書き添えてもらってください。

◆インフルエンザ予防接種とわかる明細書がある際は、領収書と一緒にご提出ください。

記入例①

領 収 書

鹿児島 太郎 様

¥ 2,500-

但 インフルエンザワクチン予防接種代として

令和 ◆年 ▲月 ●日上記正に領収いたしました

内訳

税抜金額

消費税額等

鹿児島市照国町13-15

〇〇〇〇 病院

印

インフルエンザ予防接種代とわかるようになって  
いますか？

CHECK

領収印は押して  
ありますか？

CHECK

記入例②

領 収 書

〇〇〇〇歯科医院 様

¥ 11,500-

但 インフルエンザワクチン予防接種代として

令和 ◆年 ▲月 ●日上記正に領収いたしました

接種者 鹿児島太郎 2,500 円、鹿児島花子 2,500 円  
鹿児島一郎 2,500 円、鹿児島二郎 2,500 円  
鹿児島三郎 1,500 円

内訳

税抜金額

消費税額等

鹿児島市照国町13-15

〇〇〇〇 病院

印

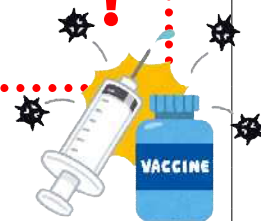
接種者氏名、接種費用  
は記載されて  
いますか？

CHECK

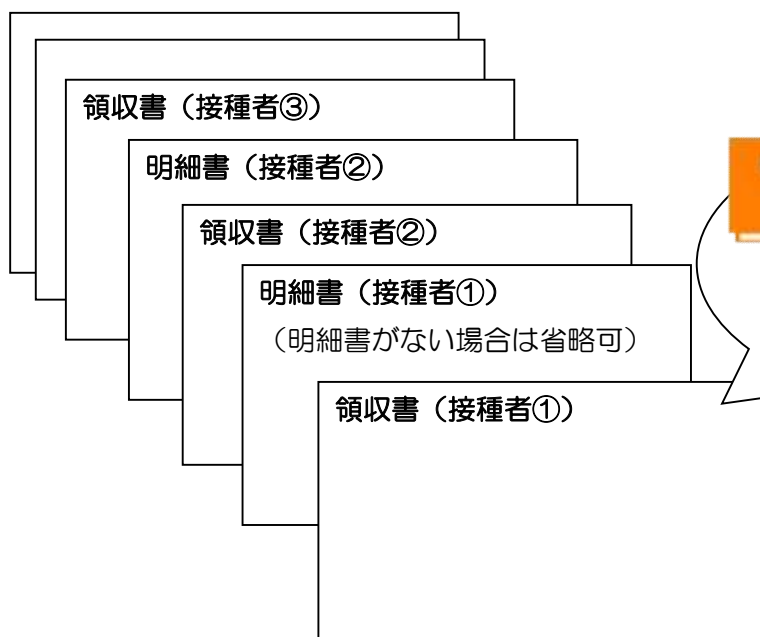


領収書を提出する際に…

**こ 注 意 く だ さ い !**

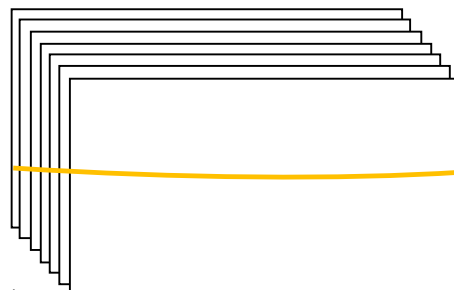
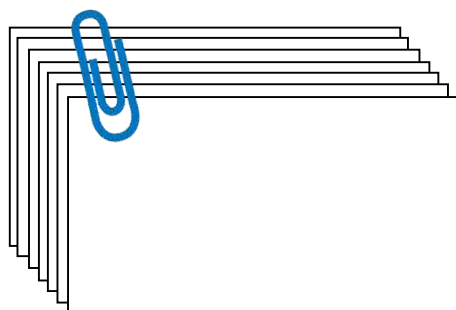


※領収書（並びに明細書）は、「申請書に記載してある  
接種者の順番」に並べて、クリップや輪ゴムで留めて  
提出してください。



**1**

1番前が申請書の  
「1番目の接種者」に  
なるように並べてください



**2**

順番に並べた領収書を  
クリップや輪ゴムで留めて  
提出してください

|     |      |     |    |    |   |     |    |   |   |   |
|-----|------|-----|----|----|---|-----|----|---|---|---|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係 | 支給日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|     |      |     |    |    |   | 支給額 |    |   |   | 円 |

(別記第1号様式)

## インフルエンザ予防接種助成金申請書

令和 年 月 日

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

〒

所在地

歯科医院名

甲種組合員氏名 ㊞

下記の者がインフルエンザ予防接種を受けたので、領収書を添えて助成金の申請をします。

記

- ※1 「生後6か月から小学6年生」または「妊婦」に該当する場合は✓をつけてください。  
該当の方は鹿児島県が実施するインフルエンザ予防接種費用助成事業でも対象となります。自己負担額を超える助成金を受け取ることはできませんので、ご注意ください。(具体例等については本組合HPに掲載しております。)  
また、申請内容の審査にあたり、ご本人への内容確認、関係機関への照会等を行うことがあります。
- ※2 上記に該当し、鹿児島県へ助成金償還払い申請済または今後行う予定の方は✓をつけてください。  
医療機関での自己負担額が「鹿児島県の助成金額を差し引いた後の金額」である場合は✓不要です。

接種日に関わらず被保険者番号順に記載してください。

| 被保険者番号 | 接種者氏名 | 接種日   | 予防接種を行った医療機関 | 接種費用 | ※1 | ※2 |
|--------|-------|-------|--------------|------|----|----|
| 鹿歯     |       | 年 月 日 |              | 円    | ✓  | ✓  |
| 鹿歯     |       | 年 月 日 |              | 円    | ✓  | ✓  |
| 鹿歯     |       | 年 月 日 |              | 円    | ✓  | ✓  |
| 鹿歯     |       | 年 月 日 |              | 円    | ✓  | ✓  |
| 鹿歯     |       | 年 月 日 |              | 円    | ✓  | ✓  |
| 鹿歯     |       | 年 月 日 |              | 円    | ✓  | ✓  |
| 合計人数   | 人     |       | 合計金額         | 円    |    |    |

|       |       |          |     |      |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------|----------|-----|------|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込先銀行 | 金融機関名 |          | 支店名 | 支店   |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 預金種目  | 普通・貯蓄・当座 |     | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|       | フリガナ  |          |     |      |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 口座名義  |          |     |      |  |  |  |  |  |  |  |

※65歳未満の被保険者に対して、1人につき同一年度内に1回を限度とし、3,000円の助成をします。  
(ただし、接種費用が助成金額未満の場合には実費支給となります。)

※診療所単位で、接種者氏名の記載がある領収書(原本に限る)を添え、年度末(3月31日)までに一括申請してください。(接種者が多く申請書が足りない場合には、コピーしてお使いください。)

### 提出前のチェックリスト

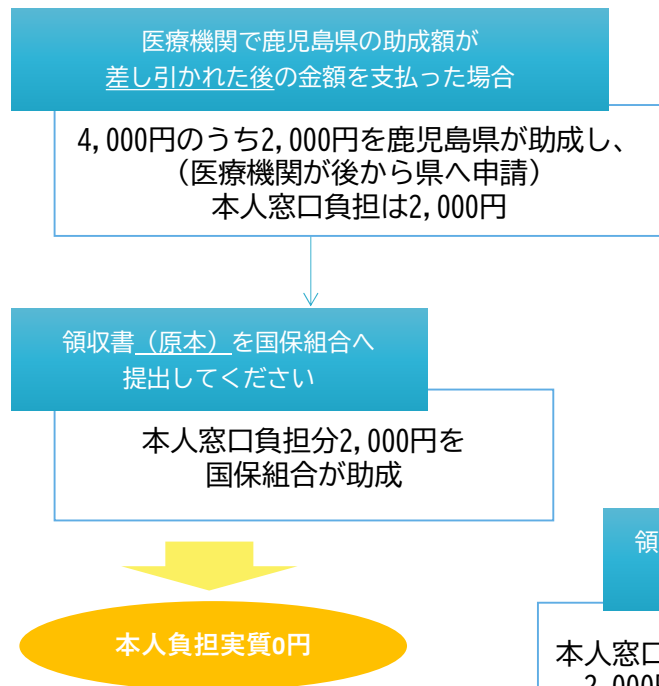
- ☐ 申請者分の領収書(原本)が添付されていますか？
- ☐ 領収書は「インフルエンザ予防接種代」とわかるようになっていませんか？
- ☐ 領収書は予防接種者がわかるようになっていませんか？
- ☐ 領収書に領収印が押してありますか？
- ☐ 申請書右上部に診療所の所在地、歯科医院名、甲種組合員氏名の記入と押印がされていますか？
- ☐ お振込先口座情報(口座番号、名義など)の記載誤りはありませんか？

# 歯科医師国保組合と鹿児島県のインフルエンザ予防接種費用助成制度併用 手続き例

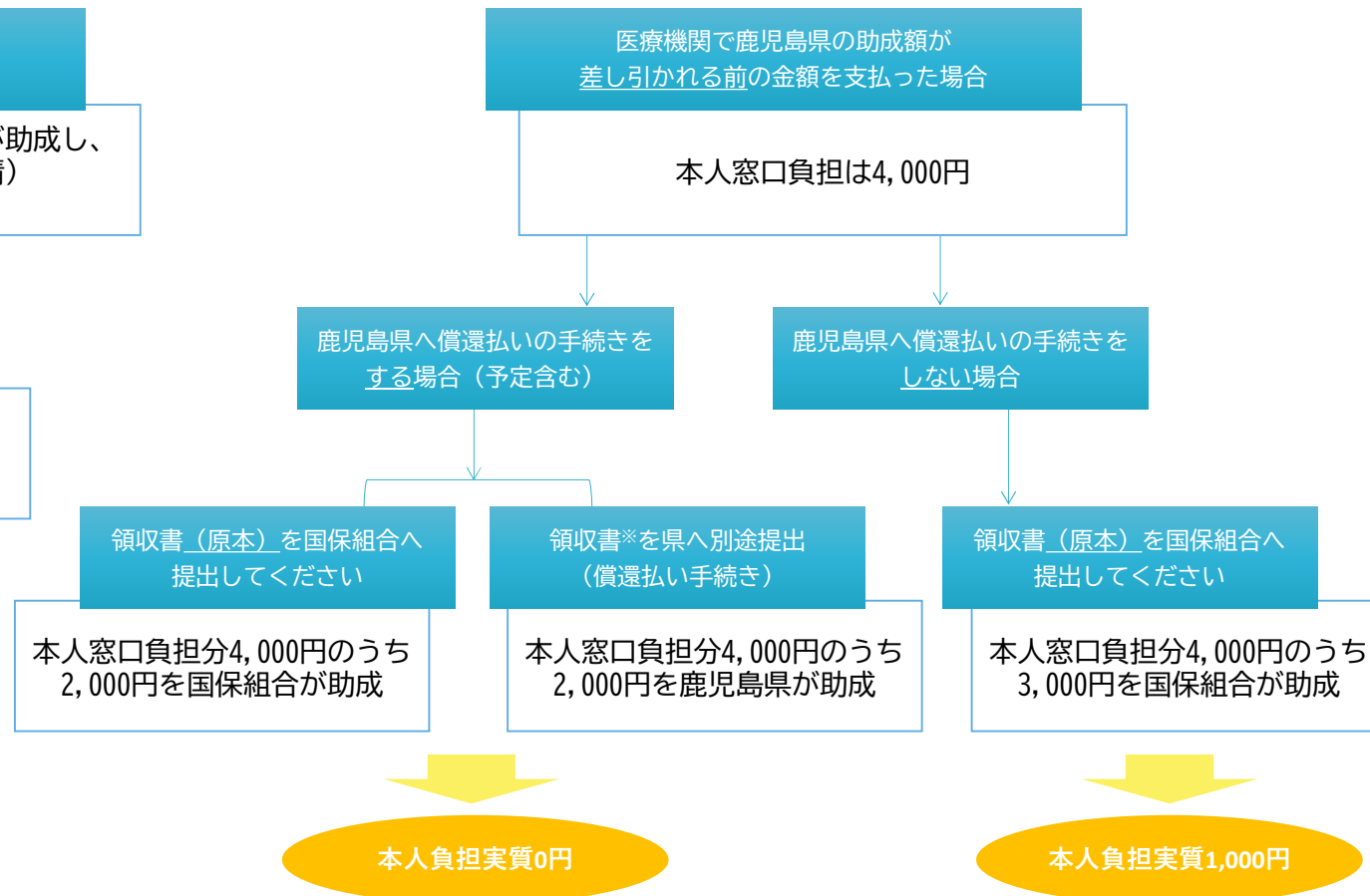
※ 予防接種費用総額が4,000円の例

(1人あたりの助成上限額は国保組合3,000円、鹿児島県2,000円)

## 例1



## 例2



※鹿児島県の手続きでは、領収書の「写し」も可となっています。(国保組合での手続きでは「写し」は不可)  
国保組合に領収書原本を提出した後に県への手続きをする場合は、領収書返却希望の旨ご連絡ください。  
(「〇円支給済」印を押したものを返却します。)

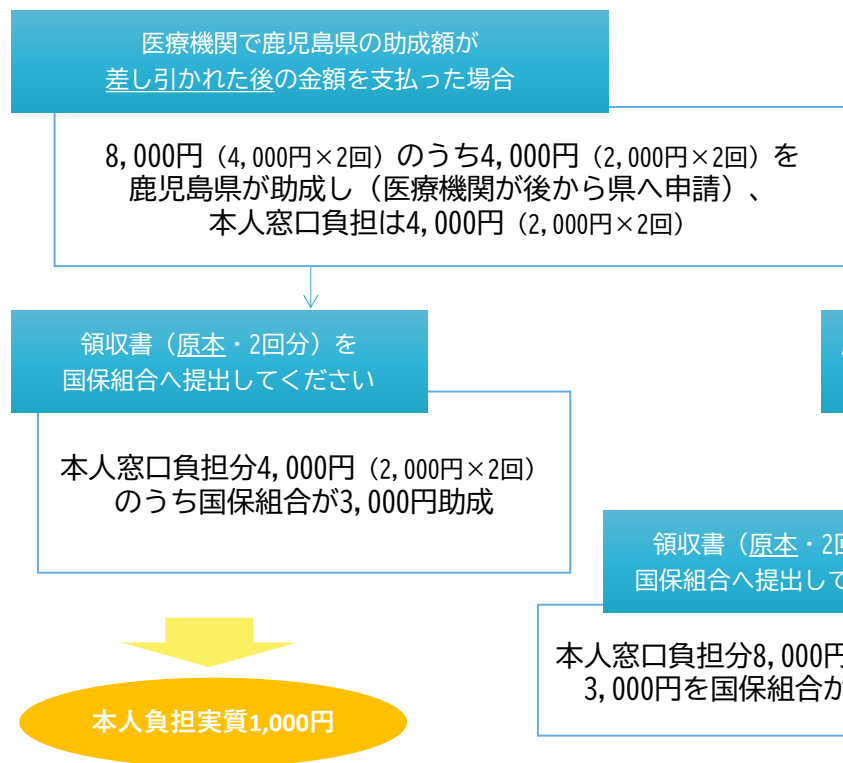
鹿児島県の助成制度詳細については、県のホームページ等でご確認ください。

## 歯科医師国保組合と鹿児島県のインフルエンザ予防接種費用助成制度併用 手続き例 ②

※ 接種者が生後6か月～小学6年生であり  
予防接種費用総額が4,000円×2回の例

(1人あたりの助成上限額は国保組合：3,000円、鹿児島県：1回につき2,000円)

### 例1



### 例2



※鹿児島県の手続きでは、領収書の「写し」も可となっています。(国保組合での手続きでは「写し」は不可)  
国保組合に領収書原本を提出した後に県への手続きをする場合は、領収書返却希望の旨ご連絡ください。  
(「〇円支給済」印を押したものを返却します。)

鹿児島県の助成制度詳細については、県のホームページ等でご確認ください。