




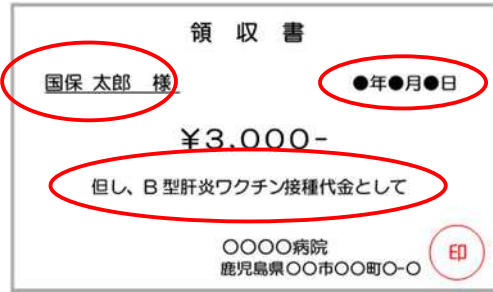
B 型肝炎

新しく
始まります!



ワクチン接種助成

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合では、被保険者の健康の保持増進を図り、医療従事者として B 型肝炎感染リスクのある業務に従事している方の安心確保及び疾病の予防と早期発見による健康管理を目的として、B 型肝炎ワクチン接種助成事業を開始します。下記内容をご確認の上お手続きください。

助成対象	<p>甲種組合員又は後期高齢者組合員の医療機関において B 型肝炎感染リスクのある業務に従事する被保険者が、本組合が行う健診(集団健診※・脱漏健診)を受診し、その結果から、医師の判断に基づき同年度内に B 型肝炎ワクチン接種を開始した場合の費用</p> <p>■最終接種時点で同医療機関に従事し、被保険者資格を有している場合に限りです。 ■「B 型肝炎感染リスクのある業務に従事する」に該当するかは各事業所での職務内容に応じてご判断ください。 ※集団健診とは各市郡会場で実施されるスクリーニングテスト・特定健康診査を指します。</p>
助成額	一人につき 10,000 円 までを限度とした実費額
申請方法	第3回目の接種が終了した時点で、必要書類を揃えて甲種組合員又は後期高齢者組合員が事業所単位で申請してください。
申請期限	<p style="text-align: center;">最終接種日の翌日から起算して 2 年以内</p> <p style="text-align: center;">(期限後の申請については、助成の対象となりませんのでご注意ください)</p>
必要書類	<p>① 申請書 (本組合ホームページよりダウンロードできます)</p> <p>② 健診結果の写し ※本組合の集団健診又は脱漏健診に限る</p> <p>③ 領収書 (原本) ※接種者、接種日、B 型肝炎ワクチン代であることが明記されているものに限る</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・振込先口座情報(口座番号、名義など)の記載誤りがないか必ず確認してください。 ・機械印字の領収書に上記必要事項の記載がない場合は、医療機関の方に手書きで明記してもらってください。 ・複数名分が 1 枚にまとまっている領収書の場合は、医療機関の方に接種者全員の氏名とそれぞれの費用額を明記してもらってください。

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合

ホームページ URL <https://kdkokuho.com>

健診から申請までの流れ



集団健診・脱漏健診を受診

(血液検査に B 型肝炎抗原検査、抗体検査が含まれています)



健診結果を確認

(健診日から約 1 ヶ月後に郵送されます)

健診と
同年度内に

健診結果と医師の判断によりワクチン接種開始

(医療機関の指定は特にありません)



ワクチン接種終了 ※一般的に 3 回で終了

(2 回目以降の接種は年度を越えて構いません)

最終接種日の翌日
から 2 年以内に

国保組合へ助成金申請

(健診結果の写しと、初回～最終接種時の領収書原本を添えて事業所単位で申請してください)

Point

領 収 書

〇〇〇〇歯科医院 様

¥ 15,000-

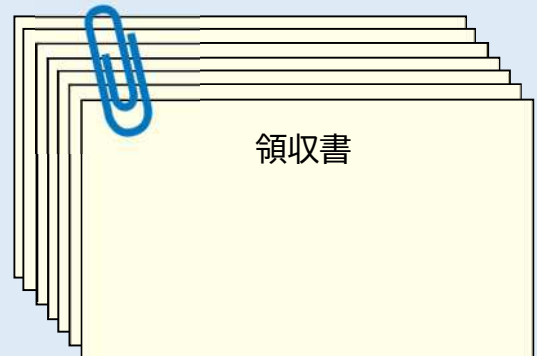
但 **B 型肝炎ワクチン接種代として**

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 5,000 円、鹿児島一郎 5,000 円**
鹿児島二郎 5,000 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



領収書

事業所単位の領収書の場合は、接種者名と費用内訳を明記してもらってください。

健診結果の写しと領収書は【申請書に記載の接種者順】に並べて、クリップや輪ゴムで留めてください。

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

B型肝炎ワクチン接種助成金申請書

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

〒 ー

所在地 _____

歯科医院名 _____

事業主氏名 _____ ㊞

下記の者のB型肝炎ワクチン接種を実施したので、領収書等を添えて助成金の申請をします。

記

接種日にかか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 [枝番]	接種者氏名	抗体検査日 (健診受診日)	初回接種日 最終接種日	接種費用	下記の赤字の部分 に該当しますか
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日	年 月 日 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日	年 月 日 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日	年 月 日 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日	年 月 日 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日	年 月 日 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日	年 月 日 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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	-----					

対象者：最終接種時点で甲種組合員又は後期高齢者組合員の医療機関においてB型肝炎感染リスクのある業務に従事している被保険者で、かつ本組合が行う集団健診又は脱漏健診を受診した者

助成額：接種者一人につき10,000円を限度とし、実費を支給

申請期限：最終接種日の翌日から起算して2年以内（必着）

必要添付書類：①健診結果の写し（本組合の集団健診又は脱漏健診に限る）、②接種者、接種日、B型肝炎ワクチン代であることが明記された領収書（原本に限る）

※事業所単位で、必要書類を添付して申請してください。（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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 対象者全員分の領収書（原本）が添付されていますか？ | <input type="checkbox"/> 対象者全員分の健診結果の写しが添付されていますか？ |
| <input type="checkbox"/> 領収書は予防接種者がわかるようになっていますか？ | <input type="checkbox"/> 申請書右上部に診療所の所在地、歯科医院名、事業主氏名の記入と押印がされていますか？ |
| <input type="checkbox"/> 領収書は「B型肝炎ワクチン接種代」とわかるようになっていますか？ | <input type="checkbox"/> 振込先口座（口座番号、名義など）の記載誤りはありませんか？ |
| <input type="checkbox"/> 領収書に領収印が押してありますか？ | |