

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) ※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	1人につき 3,000円 までの助成(助成額未满是実費支給) ※同一年度内に1回を限度とします。(ただし、小児が複数回接種した場合は、合算して申請可)
必要書類	①「インフルエンザ予防接種助成金申請書」 ②「領収書(原本)」 ※コピー不可
申請締切	令和7年3月31日(月) 必着 ※締切を過ぎてから届いた申請は、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">・診療所単位で一括して申請してください。・必ず診療所所在地、歯科医院名、甲種組合員氏名の記入と、押印をしてください。・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。
領収書	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。 <ul style="list-style-type: none">①接種者氏名および接種費用(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金額を明記してください)②接種年月日③インフルエンザ予防接種代とわかる記載があること④医療機関名・領収印

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 <https://kdkokuho.com>

領収書をもらう際に…

ご注意ください！

※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

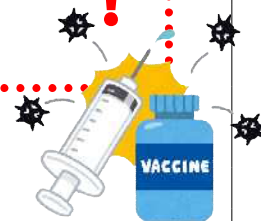
接種者氏名、接種費用
は記載されて
いますか？

CHECK

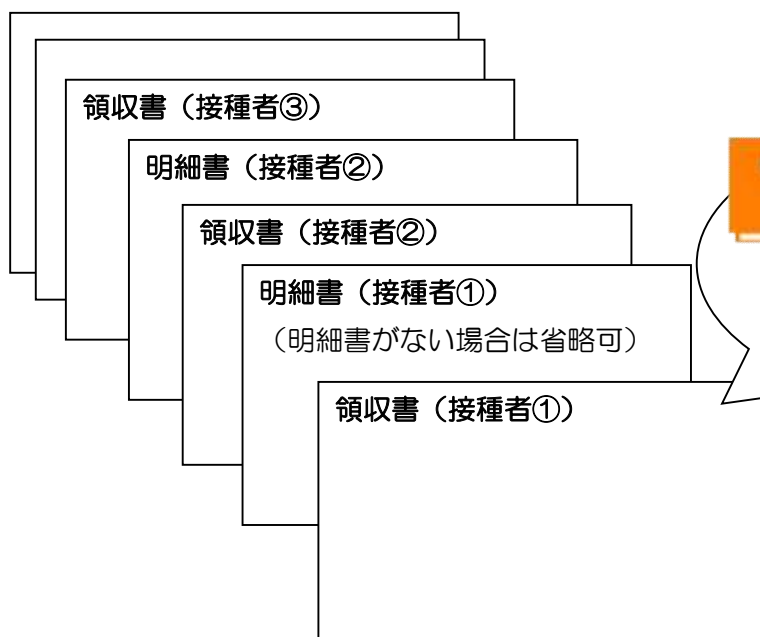


領収書を提出する際に…

こ 注 意 く だ さ い !

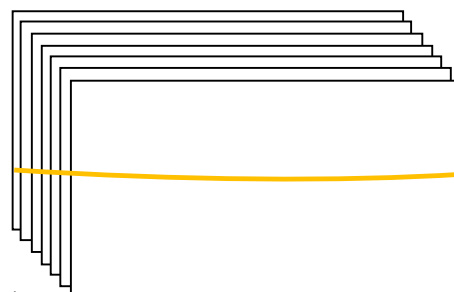
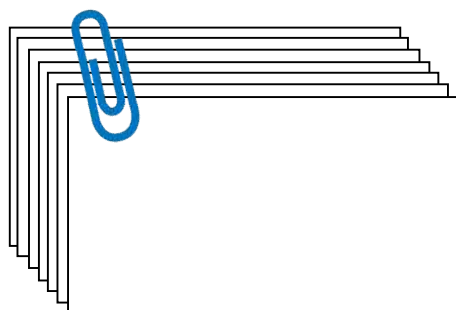


※領収書（並びに明細書）は、「申請書に記載してある
接種者の順番」に並べて、クリップや輪ゴムで留めて
提出してください。



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

〒 ー

所在地 _____

歯科医院名 _____

甲種(後期高齢者)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

↙ 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	接種日	予防接種を行った医療機関	接種費用
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日		円
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日		円
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日		円
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日		円
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日		円
鹿歯 鹿歯従 []		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1人に対して、3,000円までの助成をします。(接種費用が助成金額未満の場合は実費支給)
助成は1人につき同一年度内に1回を限度としますが、小児が複数回接種した場合は合算して申請可能です。

※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、令和7年3月31日(月)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

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 申請者分の領収書(原本)が添付されていますか? | <input type="checkbox"/> 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"/> 領収書に領収印が押してありますか? |
| <input type="checkbox"/> 申請書右上部に診療所の所在地、歯科医院名、甲種組合員氏名の記入と押印がされていますか? | |
| <input type="checkbox"/> 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? | |