# 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 | 1人分につき **3,000 円** までの助成（助成額未満は実費支給）<br>※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」<br>②「領収書（原本）」 ※コピー不可 |
| 申請締切 | **令和 9 年3月31日（水）必着**<br>**※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 | ・診療所単位で一括して申請してください。<br>・接種者の被保険者番号は必ず記入してください。記入がない場合や番号順に記入されていない場合は、処理に時間がかかり、助成金支給が遅れることがあります。<br>・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。<br> <br>領　収　書<br>国保 太郎　様　　●年●月●日<br>¥3,000-<br>但し、インフルエンザ予防接種代金として<br>○○○○病院<br>鹿児島県○○市○○町○-○　印<br>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）<br>②接種年月日<br>③　インフルエンザ予防接種代とわかる記載があること<br>④　医療機関名・領収印 |
| その他 | ・点鼻式インフルエンザワクチン（フルミスト）の費用も助成対象としますが、「インフルエンザ予防接種代」であると明記された領収書を必ず添付してください。 |

**鹿児島県歯科医師国民健康保険組合**　TEL 099-223-5923　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　　鹿児島市照国町１３－１５

消費税額等　　○○○○　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

○○○○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　　鹿児島市照国町１３－１５

消費税額等　　○○○○　病　院　印

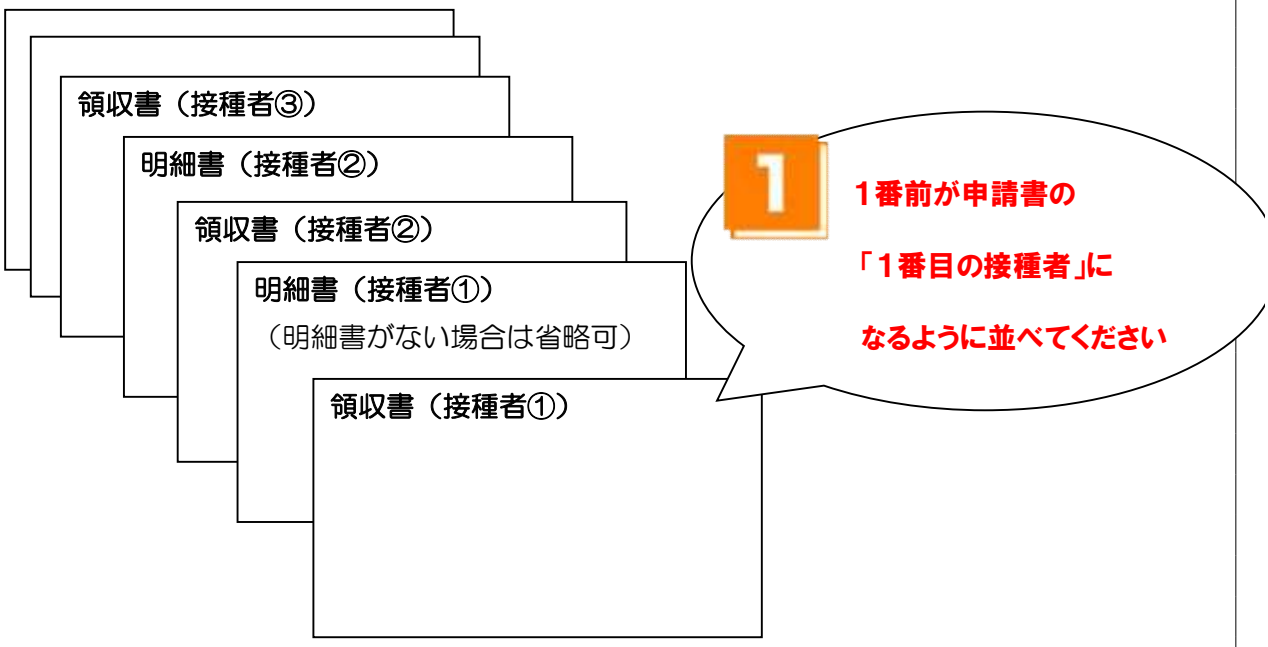
接種者氏名、接種費用は記載されていますか？

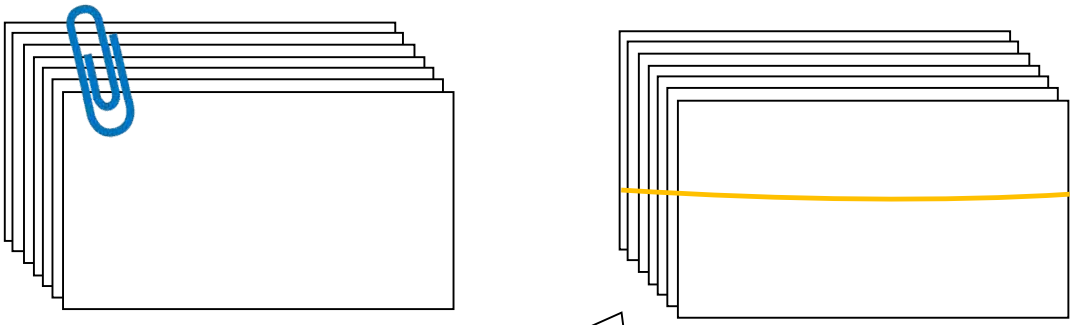
CHECK

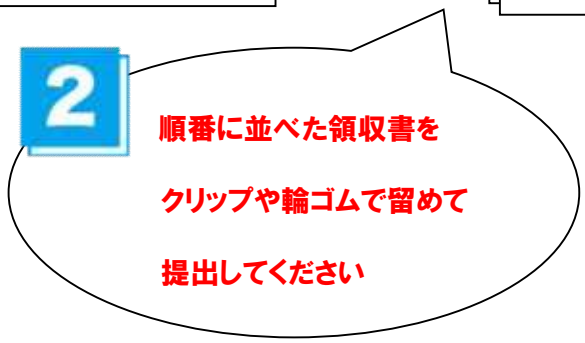
領収書を提出する際に･･･

# ご　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。





# 被保険者記号・番号・[枝番]の確認方法

保険証発行終了後、給付金の申請等に必要な健康保険の記号・番号等を確認するには、3つの方法があります。

## 1 「マイナポータル」で確認

マイナ保険証を利用している方は、マイナポータルで健康保険の資格情報を確認できます。

①マイナポータルアプリを起動

②登録・ログインにて4桁の暗証番号を入力

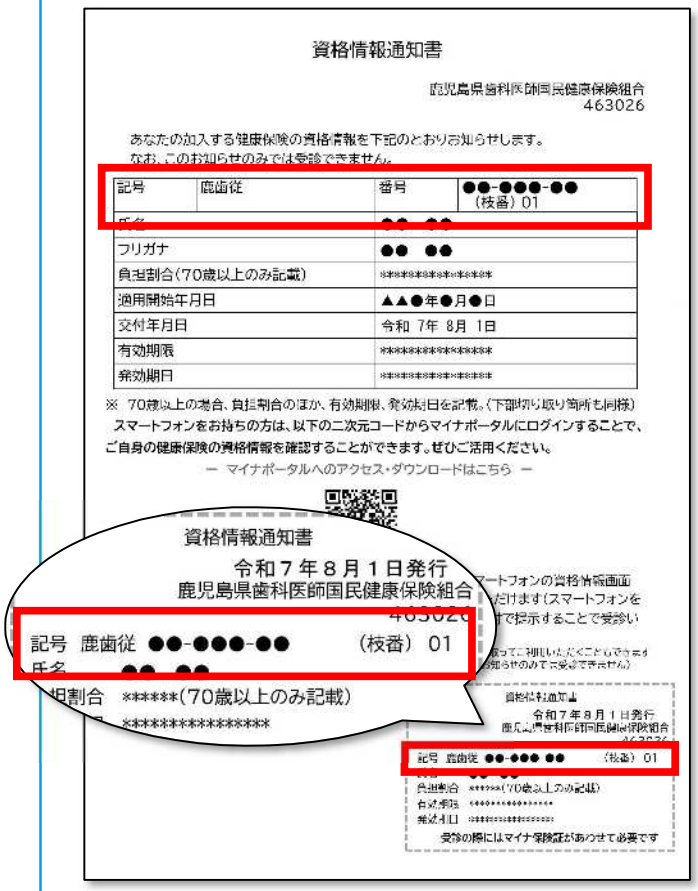
③マイナンバーカードを読み取る

④トップページの健康保険証を選択

## 2 「資格情報通知書」で確認

（A4サイズ・白または黄緑）

資格情報通知書は、マイナ保険証を利用している方へ交付しています。



資格情報通知書

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合
463026

あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。
なお、このお知らせのみでは受診できません。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記号 | 鹿歯従 | 番号 | ●●-●●●-●● （枝番）01 |
| 氏名 | | ●● ●● | |
| フリガナ | | ●● ●● | |
| 負担割合（70歳以上のみ記載） | | ********** | |
| 適用開始年月日 | | ▲▲●年●月●日 | |
| 交付年月日 | | 令和 7年 8月 1日 | |
| 有効期限 | | ********** | |
| 発効期日 | | ********** | |

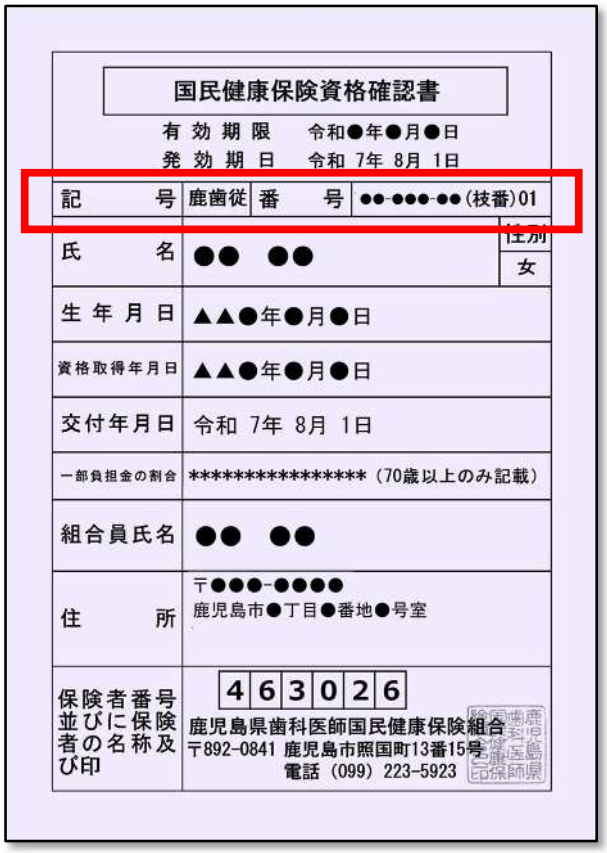
※ 70歳以上の場合、負担割合のほか、有効期限、発効期日を記載。（下部切り取り箇所も同様）
スマートフォンをお持ちの方は、以下の二次元コードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご活用ください。
― マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら ―

資格情報通知書
令和７年８月１日発行
鹿児島県歯科医師国民健康保険組合
463026
記号 鹿歯従 ●●-●●●-●● （枝番） 01
氏名 ●● ●●
負担割合 ******（70歳以上のみ記載）
**********

## 3 「資格確認書」で確認

（はがき型・薄紫）

資格確認書は、マイナ保険証を持っていない（またはマイナ利用登録をしていない）方へ交付しています。



国民健康保険資格確認書

有効期限 令和●年●月●日
発効期日 令和 7年 8月 1日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記号 | 鹿歯従 | 番号 | ●●-●●●-●●（枝番）01 |
| 氏名 | ●● ●● | | 性別 女 |
| 生年月日 | ▲▲●年●月●日 | | |
| 資格取得年月日 | ▲▲●年●月●日 | | |
| 交付年月日 | 令和 7年 8月 1日 | | |
| 一部負担金の割合 | ********** （70歳以上のみ記載） | | |
| 組合員氏名 | ●● ●● | | |
| 住所 | 〒●●●-●●●●<br>鹿児島市●丁目●番地●号室 | | |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | 4 6 3 0 2 6<br>鹿児島県歯科医師国民健康保険組合<br>〒892-0841 鹿児島市照国町13番15号<br>電話（099）223-5923 | | |

（別記第１号様式）

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

# 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（後期高齢者）組合員氏名　　印

担 当 者　　（TEL　　）

※担当者は、日中連絡が取れ、振込先の確認等に対応できる方を記入してください。

ご捺印ください（自署の場合省略可）

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

被保険者番号・枝番は「資格情報通知書」及びマイナポータル、または「資格確認書」で確認してください。
（保険者番号（463026）とは異なりますのでご注意ください）

【必須】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<br>鹿歯従　［　］ | | 年　月　日 | | 円 |
| 鹿歯<br>鹿歯従　［　］ | | 年　月　日 | | 円 |
| 鹿歯<br>鹿歯従　［　］ | | 年　月　日 | | 円 |
| 鹿歯<br>鹿歯従　［　］ | | 年　月　日 | | 円 |
| 鹿歯<br>鹿歯従　［　］ | | 年　月　日 | | 円 |
| 鹿歯<br>鹿歯従　［　］ | | 年　月　日 | | 円 |
| 合　計　人　数 | ＿＿＿人 | | 合　計　金　額 | ＿＿＿＿＿円 |

記入誤りや不備があると振込ができなくなりますので必ず通帳の内容を確認のうえ、記載してください。

| 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人分につき、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９年３月 31 日（水）迄必着**で一括申請してください。（接種者が多く記入欄が足りない場合は、本申請書をコピーしてお使いいただくか、上記太枠部分の必要事項が記載された表を別途作成し、本申請書に添付して申請してください。（表のみでの申請は受付不可））

■ 国民健康保険料に一定の滞納があるときは、特段の事情があると認められた場合を除き、給付の全部又は一部の支払いが差し止められたり、滞納している保険料に充当されることがあります。

**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？
- ☐領収書は予防接種者がわかるようになっていますか？
- ☐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すか？
- ☐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？
- ☐接種者の被保険者番号が記入されていますか？
- ☐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？