

インフルエンザ予防接種 助成制度のお知らせ

職別国保では、保健事業の一環としてインフルエンザの予防接種費用を助成しています。

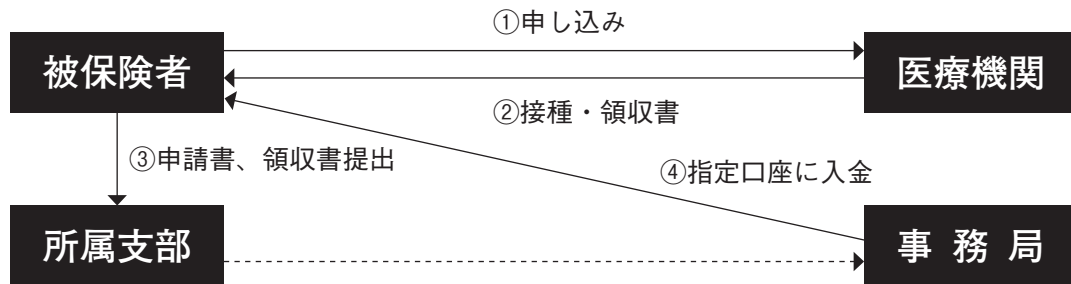
予防接種は、インフルエンザの一次予防として絶大な効果が期待できますので、特に高齢者の方や、あまり体力のない子供はできるだけ受けるようにしてください。

ただし、ワクチン接種は副作用・アレルギー反応が全くないわけではありません。アレルギーを持っておられる方や、体調を崩している時などにワクチンを接種されますと、高熱が出ることがありますので、予防接種をされる前には必ず医師と十分相談をして、安全に接種するようにしてください。

実施要項

1. 対象者：0歳～64歳の当組合被保険者
※インフルエンザW補助券を使用される場合は、65歳以上の当組合被保険者も助成の対象となります。
2. 対象ワクチン：インフルエンザワクチン
3. 接種期間：平成28年10月1日～平成29年1月31日
4. 助成額：1名につき2,000円を上限に当年度内1回助成
5. 申請期限：平成29年2月末日（厳守）
6. その他：▶詳しくは、所属支部へお問い合わせください
▶申請書は裏面の様式をご使用ください

予防接種申込方法



- ①直接、任意の医療機関に申し込む（指定医療機関なし）
- ②接種後、必ず領収書をもらう（接種者氏名、インフルエンザ予防接種が記載されたもの）
- ③「インフルエンザ予防接種助成金申請書」及び領収書を所属支部に提出する
- ④後日、事務局より指定口座に入金されます

■インフルエンザW補助券の使用について

本券を使用される場合は、助成対象者と助成限度額が次のとおりになりますのでご注意ください。

0歳～64歳の方

インフルエンザ予防接種費用の助成限度額が3,500円になります。

（助成制度の限度額2,000円 + W補助券の助成限度額1,500円 = 助成限度額3,500円）

65歳以上の方

インフルエンザ予防接種費用の助成が受けられます。助成限度額は1,500円です。

（助成制度の限度額0円 + W補助券の助成限度額1,500円 = 助成限度額1,500円）

支給決定命令				債 主	記号番号	職	資 格	取 得		
専務理事	事務長	主 任	担当者		組合員名			喪 失		
				支給金額			保 險 料		月分迄 収納済	
起 案				摘 要		円	給付記録			
決 裁										

インフルエンザ予防接種助成金申請書

被保険者証 の記号番号	職	医療機関名 (1)		(2)	
W補助 券利用	被保険者名	生 年 月 日	接 種 日	窓口負担金額 (円)	助成金額 (円) (組合記入欄)
○		S H 年 月 日	年 月 日	円	円
○		S H 年 月 日	年 月 日	円	円
○		S H 年 月 日	年 月 日	円	円
○		S H 年 月 日	年 月 日	円	円
○		S H 年 月 日	年 月 日	円	円

※太線の中だけ記入ください

※領収書（インフルエンザ予防接種と分かるもので、接種者氏名が記載されたもの）を添付してください。
 ※W補助券をご使用の場合は「W補助券利用欄」に○を付し、補助券を添付してください。

所 属 支 部 長 の 副 申	上記の申請を適正と認めます。 平成 年 月 日 支部長	印
--------------------	-----------------------------------	---

上記のとおり別紙証拠書類を添えて支給方を申請します。 平成 年 月 日	
組 合 員 住 所	元
氏 名	印
京都府建設業職別連合国民健康保険組合 理事長 様	

振込希望銀行名	銀 行 信用金庫	普 通 店 当 座
※出来るだけ京都銀行でお願いします		
フリガナ	口 座 番 号	
預金口座名義		

同 意 書	上記口座への振込みについて、私は組合員として同意いたします。 組合員氏名	印
※振込み先が組合員名義の場合、署名・捺印は不要です。		