

インフルエンザ予防接種補助事業実施要領

1. 対象者

接種日において、1, 2, 3 種組合員本人、および組合員の家族（歯科医師国保に加入している方）、後期高齢者の 1 種組合員本人

2. 補助金額

1 名につき 4,000 円を限度とします。（申請は、同一年度内 1 回まで）

ただし、13 歳未満の方（2 回接種法）で、1 回目と 2 回目の領収書を同時に提出した時に限り、その合算額から 6,000 円を限度に補助します。

（支払った金額が補助金限度額に満たない場合は実費分のみの支給になります。）

3. 実施機関

予防接種が受けられる国内の医療機関

4. 実施期間

2026 年 4 月 1 日から 2027 年 3 月 31 日までの間の予防接種とする。

5. 申請方法

・申請書（様式 47 号）に必要事項を記入し、**領収書（原本）**を添付してください。

（領収書はお返しできません。また、「接種済証」は領収書になりません。）

・領収書には**必ず次の内容を記載**してもらってください。

①インフルエンザの予防接種であること ②接種を受けた方の氏名

③接種年月日 ④接種費用の金額 ⑤医療機関名

※記載不足の場合はご面倒でも医療機関で追加記入してもらってください。

・**レシートの場合**は、上記①～⑤が確認できるよう医療機関に記載してもらってください。（内容が確認できないレシートでは受付いたしません。）

・複数の方の合計額が記載されている領収書には**余白にその内訳**（接種を受けた方の氏名と単価）を記入してもらってください。

・明細書のみで領収書がない場合は受付いたしません。

6. 申請期限

2027年3月31日支部事務所必着

ご注意ください！！

※他の制度（市区町村等）により、補助を受けることができる場合は、その補助制度を優先とします。

※申請は診療所で合算し、年度内1回限りです。

◆接種期間 2026年4月1日～2027年3月31日

◆補助金申請期間 2027年3月31日支部事務所必着

(様式47号)

令和8年度

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

No. _____

13歳未満の方は✓を入れてください↓

記入欄が足りない場合は、コピーをして使用してください。

| 被保険者証 記号・番号 | 受診者名 | 年齢 | ✓ | 接種日① | 接種日② (13歳未満) | 領収書金額 (合計) | 支給金額 ※組合使用欄 |
|----------------|------|----|---|------|-----------------|---------------|----------------|
| 全歯15- | | | | | | | |
| 全歯15- | | | | | | | |
| 全歯15- | | | | | | | |
| 全歯15- | | | | | | | |
| 全歯15- | | | | | | | |
| 全歯15- | | | | | | | |
| 全歯15- | | | | | | | |
| 全歯15- | | | | | | | |
| 全歯15- | | | | | | | |
| 全歯15- | | | | | | | |

上記のとおり領収書(原本)を添えて申請致します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---------------------------------|------|--|-------|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ※医院または院長先生の口座 1種組合員(本人) | 金融機関コード | | | | 支店コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 銀行・信金 信組・農協 | | | | | | 店 出張所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義 (カタカナ) | ▼カタカナで記載してください。(医療法人社団は イ. と表記) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; height:40px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、通帳内に記載のある振込用の『店名(漢数字3桁)・預金種目・口座番号(7桁)』を確認のうえ記入してください。金融機関の支店の統廃合により金融機関名等が変更になっているときは、変更後の金融機関情報を記入してください。

被保険者番号

全歯15-

診療所住所

診療所名称

氏名

電話番号

(- -)

印

全国歯科医師国保組合理事長 殿

✓ 提出前にご確認ください。(不備がある場合は返戻させていただきます。よくご確認ください。)

- 接種日に全国歯科医師国保組合に加入されていますか。
- 申請者全員分の領収書(原本)は添付されていますか。
- 診療所で取りまとめ院長先生(1種組合員本人)の口座を記入していますか。
- 補助金支給が完了するまでは念のため、領収書および申請書のコピーをお手元で保管ください。

| | | |
|------|---|---|
| 支給金額 | | 係 |
| | 円 | |



| | | |
|-----|------|---|
| 支部長 | 支部常務 | 係 |
| | | |



- ◆申請期限は **2027年3月31日** 支部事務所必着です。ご注意ください。
- ◆口座情報に相違があると訂正手数料が880円かかります。必ず通帳をご確認のうえ、記入、提出をお願いいたします。