

新型コロナウイルスワクチン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5,000円を限度とします。（申請は、同一年度内1回まで）
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新型コロナウイルスワクチン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。）

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！！

※他制度(自治体)から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する

※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

(様式65号)

◆申請期間 2027年3月31日支部事務所必着

令和8年度

新型コロナウイルスワクチン 接種補助金支給申請書

1名につき5,000円を限度に支給します。限度額に満たない場合は実費分のみの支給です。

被保険者証 記号・番号	接種者名	年齢	接種年月日	実施期間内の接種 は1回目ですか	領収書金額	支給金額 ※組合使用欄
全歯15-				<input type="checkbox"/> はい		
全歯15-				<input type="checkbox"/> はい		
全歯15-				<input type="checkbox"/> はい		
全歯15-				<input type="checkbox"/> はい		
全歯15-				<input type="checkbox"/> はい		
全歯15-				<input type="checkbox"/> はい		
全歯15-				<input type="checkbox"/> はい		
全歯15-				<input type="checkbox"/> はい		
全歯15-				<input type="checkbox"/> はい		
全歯15-				<input type="checkbox"/> はい		

上記のとおり領収書（原本）を添えて申請致します。

1 種組合員 (本人) <small>※医院または院長先生の口座</small>	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)			

「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。

令和 年 月 日 日 日

被保険者番号

診療所住所

全歯15-

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。)

- 新型コロナウイルスワクチンの領収書(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	円	係



支部長	支部常務	係



◆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、ご記入ください。