

季節性インフルエンザ予防ワクチン接種助成金請求書(年度)

令和 年 月 日

鹿児島県医師国民健康保険組合 宛

住 所					
医師組合員名 (世帯主)					
記号・番号	3 0 1 0				

※後期高齢者組合員の方は被保険者証の番号は無記入でお願いします。

下記の通り、季節性インフルエンザ予防接種を受けたので、実施要領により請求します。

被保険者氏名	年齢	接種日	接種した医療機関名(県内)		
			自院	他院	証明印
		R 年 月 日			
		R 年 月 日			
		R 年 月 日			
		R 年 月 日			
		R 年 月 日			
		R 年 月 日			
接種医療機関	人数	単価	金額		総合計
自院接種分	人	1,500円		円	
他院接種分	人	2,500円		円	

振込金融機関

金融機関		支店名	支店
口座番号	No.	普通・当座	フリガナ
			口座名義

(インフルエンザ予防ワクチン接種事業実施要領)

- インフルエンザワクチンの予防接種を県内の医療機関または自院で接種を受けた被保険者に、接種料金の一部1人2,500円(自院接種の場合、1人1,500円)を助成します。
 ※乳幼児等で2回の接種の場合でも1回分の助成といたします。
 ※市町村より助成を受けられる方は対象にはなりません。
- ご請求にあたり、接種した医療機関から証明欄に確認印を受けて下さい。また自院での接種の場合、自院欄に○印を記入して下さい。
- 接種期限は各年度2月末日までとし、請求書の提出期限は各年度3月末日(本組合必着)と致します。
- 助成金は申請書を各月末で取り纏め、翌月中にお振込みいたします。
- ◎同一世帯、同一医療機関からの助成金請求につきましては、振込口座を一つにお取り纏め下さいませ
すようご協力をお願いいたします。