令和８年８月

インフルエンザワクチン接種補助金について

インフルエンザワクチン接種は、インフルエンザの発症予防、またインフルエンザに罹患した場合に、重症化を防止する方法として有効であります。

通常、接種したワクチンの効果が現われるまでに、約2週間かかりますので、12月までに接種を受けることをお薦めいたします。

補助対象者

- **当組合の被保険者（第１種組合員・第２種組合員・家族）**
- **組合員資格を継続している後期高齢者の組合員**

補助金額

- １回接種の場合　**３，０００円 まで**　（年度間１回）
- ２回接種の場合　**６，０００円 まで**　（年度間１回）

※接種費用額が上記の金額に満たない場合は、実費額の補助になります。

お住まいの市区町村から接種に対する助成制度がある場合は、その制度を利用した上で、残りの自己負担金に対して、組合から補助することを原則といたします。
市区町村からの助成が受けられない（又は受けない）場合、市区町村の助成制度がない場合は、組合の補助制度に基づき、補助金を支給いたします。

申請方法

①ご自身で医療機関に予約し、接種を受けてください。費用は、医療機関ごとに異なりますので、事前に確認してください。**接種に際しては、必ず医師の指示に従ってください。**
②申請には、**領収証（ワクチンを接種したことがわかるもの）が必要**です。
③申請書に必要事項を記入の上、領収証を添付して、組合までお送り願います。
2回接種の場合は、2回目の接種が終了してから申請してください。
④歯科医院内で接種された方が複数名いる場合、補助金の振込口座については、できるだけ**「２．院長先生の給付金口座」**を選択いただくようご協力願います。

注意事項

①ワクチン接種後に、患部の腫れや痛み、熱・寒気・頭痛・だるさなどの症状が出ることもあり、まれに重篤な症状を引き起こす可能性もあります。
副反応について十分理解した上で、接種を受けていただくようお願いいたします。
②経鼻弱毒生インフルエンザワクチン**「フルミスト点鼻液」**（現時点では、対象年齢は2歳～18歳）を投与した場合も、**補助の対象**といたします。
③75歳以上の人を対象に、定期接種化されることが了承されていた高用量インフルエンザワクチン**「エフルエルダ」**は、供給困難のため、発売が延期されることになりました。

千葉県歯科医師国民健康保険組合
〒261-0002　千葉市美浜区新港32番地17　千葉県歯科医師会館内
電話　０４３－２４６－０８７６　・　２４１－６４７４
《ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞｱﾄﾞﾚｽ》　http://www.chishikoku.info

令和８年８月

インフルエンザワクチン接種補助金申請書

※太枠内を記入。１回で接種終了の場合は、２回目の欄に斜線を引いてください。
※１枚に書き切れない場合は、この用紙をコピーしてご使用ください。
組合のホームページから、申請書をダウンロードすることもできます。

被保険者（組合員）		接種を受けた方の氏　名	接種日及び費用額		市町村助成(〇印)	補助金額（組合で記入）
記号	番号		１回目	２回目		
千歯国	（枝番）不要		年　月　日 円	年　月　日 円	有・無	円
千歯国	（枝番）不要		年　月　日 円	年　月　日 円	有・無	円
千歯国	（枝番）不要		年　月　日 円	年　月　日 円	有・無	円
千歯国	（枝番）不要		年　月　日 円	年　月　日 円	有・無	円
千歯国	（枝番）不要		年　月　日 円	年　月　日 円	有・無	円
千歯国	（枝番）不要		年　月　日 円	年　月　日 円	有・無	円

添付書類	領　収　証（ワクチンを接種したことがわかるもの）	補助金合計
振込口座 （どちらかに〇）	１．組合に登録済の各人（従業員）の給付金口座 ２．組合に登録済の院長先生の給付金口座	円

上記のとおり申請します。　　令和　　年　　月　　日

申請人　（後期高齢者の）　診療所
第１種組合員　住　所
【事 業 主】
氏　名　　印

千葉県歯科医師国民健康保険組合理事長　様

※ここから下の欄は組合で記入します。

支　給　決　議		理事長	常務理事	担当理事	事務長	担当者	入力
支　給　額	円						
決定年月日	年　月　日						
支給年月日	年　月　日						

点線で切り取って、組合に提出してください。

DL