



広島県医師国保組合
☎ 082-258-3177

インフルエンザ予防接種の補助について

本年度も保健事業として、インフルエンザ予防接種の補助をつぎのとおり実施します。

平成27年度から自己の所属する医療機関での予防接種（自家接種）は補助の対象外となりました。また補助対象者の要件や補助額の引き上げ等変更（二重線が引いてある部分）がございます。組合の補助対象であるかをご確認のうえ、申請していただきますようお願いいたします。

1. 補助対象者 広島県医師国保組合に3ヵ月以上加入する被保険者

○組合に加入して3ヵ月を経過した被保険者が補助対象となります。

例) 平成28年8月20日に加入した被保険者は、11月20日以降の接種が補助対象となります。

平成28年11月1日以降に加入した被保険者については、今年度については補助は受けることができません。

○65歳以上で市町村が実施するインフルエンザ予防接種補助を受けられることができる方は組合の補助を受けられません。

2. 補助対象接種期間 平成28年10月1日～平成29年1月31日

注意 自己が所属する医療機関での予防接種（自家接種）は補助の対象外です。

3. 補助額 上限2,000円 1人1回 先着1,000名

○予防接種費用の個人負担額が1,000円を超えたとき、超えた額を補助します。

ただし、補助の上限は2,000円までとなります。

例) 個人負担額が2,800円るとき1,800円を補助

個人負担額が3,000円以上ときは一律2,000円を補助

個人負担額が1,000円ときは、千円を超えないので補助対象外

○予防接種を2回受けられた場合でも、補助は1回のみとなります。領収書を2枚提出される必要はありません。

4. 申請方法

○インフルエンザ予防接種補助申請書（次項に掲載してあります）に領収書の原本（コピーは不可）を添付して組合へ申請してください。

○領収書には、①予防接種を受けた方のお名前、②インフルエンザ予防接種代であることが明記されたものがが必要です。

○保険証の記号番号の最初の5桁が同じ方は、1枚の申請書に連名で申請してください。ご家族であっても最初の5桁が異なる方は、別々に申請してください。

5. 申請期限 平成29年3月31日

6. 提出先 広島県医師国民健康保険組合

〒732-0057 広島市東区二葉の里3丁目2-3 TEL 082-258-3177

様式(コピー可)

支給決定額

常務理事	事務	課長	係員	照合
第1種組合員		人	家族	人計
第2種組合員		人		人

インフルエンザ予防接種補助申請書

	被保険者証記号番号	接種を受けた方の氏名	接種日 (月/日)	接種料金	組合使用欄
1	5		/	円	
2			/	円	
3			/	円	
4			/	円	
5			/	円	
6			/	円	
7			/	円	
8			/	円	
9			/	円	
10			/	円	

振込先※	銀行名	種別	普通・当座
	支店名	フリガナ	
	口座番号	名義人	

※申請者組合員の口座を記入して下さい。

上記のとおり、領収書を添えて申請します。

平成 年 月 日

申請者(組合員) 住所

氏名

電話



広島県医師国民健康保険組合 様

注1. 領収書は接種者のお名前、インフルエンザ予防接種代であることが明記されたもので

原本(コピー不可)を添付してください。

注2. 太枠内は全て記入してください。

注3. できるだけ自己の所属する医療機関ごとにまとめて申請してください。

注4. この申請書でまとめて申請できるのは、記号番号の上5桁が同じ方です。

自家接種は補助の
対象外です

特定健診は受けられましたか？

平成28年度の特定健診受診券は、6月下旬に医療機関宛（注）に送付しております。ご家族の受診券も同封しておりますので、ご確認ください。紛失等された場合は再交付することができますので、組合までご連絡ください。

特定健診は

自己負担なし！**無料**で受診できます！

自家健診（お勤め先での受診）も可能です！
（特定健診実施機関に登録されている場合に限る）

1年に1度、必ず受診しましょう！

なお、他の健診を受けているから特定健診は受診しないという方は、その健診の結果をご提供ください。事業主健診の結果の提供については手数料をお支払いしておりますので、詳しくは組合までお問い合わせください。

（注） 医療機関の所属がない状態で加入されている医師（保険証の医療機関住所欄が「※※※※」になっている方）については、ご自宅の住所へ送付しております。

地番変更・住居表示変更に伴う医師国保への届け出について 被保険者証の住所変更はお済みですか？

現在、県内において重複地番の解消作業や住居表示の変更が行われています。

地番変更や住居表示変更により、医療機関の住所が変更になった場合、医師国保の被保険者証についても住所変更の手続きが必要です。

つきましては、該当の方は次項に掲載の「医療機関住所（変更）届」に下記の書類を添えて届け出をお願いします。

添付書類

当組合に加入している全ての組合員の被保険者証等（**学証**・**遠証**・第3種組合員証等を含む）

なお、自宅住所が変更された場合も医師国保への届け出が必要ですのでご連絡下さい。「組合員住所変更届」をお送りします。

常務理事	事務長	係員	被保険者証	台帳	処 理 年 月 日
					平成 年 月 日

医療機関住所(変更)届

被保険者証 記号番号 (代表組合員)	5				1		※当組合に加入している全ての組合員の被保険者証等(学証、遠証、第3種組合員証などを含む)を添付してください。
--------------------------	---	--	--	--	---	--	--

開業の場合	開業年月日	平成 年 月 日	
	医療機関名称		
	医療機関住所	〒 - TEL - -	

変更の場合	変更年月日	平成 年 月 日	
	変更前	医療機関名称	
		医療機関住所	〒 - TEL - -
	変更後	医療機関名称	
		医療機関住所	〒 - TEL - -

上記のとおり届けます。

平成 年 月 日

医療機関	住所 名称			
	代表組合員	TEL	-	-

広島県医師国民健康保険組合 殿

- ・14日以内に届け出てください。
- ・当組合に加入している全ての組合員の被保険者証等(学証・遠証・第3種組合員証等を含む)を添付して届け出てください。