

組合員各位

大阪府浴場国民健康保険組合

インフルエンザ予防接種について

インフルエンザ予防接種を、生活習慣病共同健診会場で実施(無料)します。詳細については共同健診の「インフルエンザ予防接種のご案内」をご覧ください。

また、浴場国保組合では、下記のとおり **18歳以上の被保険者を対象にインフルエンザ予防接種費用補助を実施**いたします。共同健診時にインフルエンザ予防接種の申込をされなかった方は、最寄りの医療機関で予防接種を受けていただき、その費用を本国保組合に請求してください。

*その他の予防接種を接種済または接種予定の方は、インフルエンザ予防接種日(予定日)より前後 2 週間の間隔をあける必要があります。

・ インフルエンザ予防接種費用の補助について

実施項目	インフルエンザ予防接種 (年1回)
接種料	医療機関の窓口で一旦全額お支払いください。(領収書の原本が必要) 1人当たり3,000円を限度とし、浴場国保組合から後日支給します。 *3,000円未満の場合は全額支給
対象者	本国保組合の18歳以上の被保険者の方
実施機関	最寄りの医療機関

・ インフルエンザ予防接種費用補助金 申請の提出について

インフルエンザ予防接種 …予防のため早めに受けるようにしましょう。

最寄りの医療機関で予防接種を受ける

・窓口で費用を全額支払ってください。

*医療機関発行の領収書が必要です。(予防接種の費用がわかるもの)

*被保険者家族分をまとめて支払った領収書の場合は内訳を付記してください。

(内訳は、接種者名・費用がわかるもので、原則として医療機関で記入したものとします。)

支給申請書の提出 …支給申請書に領収書を添付してください。

インフルエンザ予防接種費用支給申請書及び提出書類

・浴場国保組合作成の支給申請書の記入は、接種者分を取りまとめ、家族単位で記入してください。

・この支給申請書に領収書(原本)を添えて本国保組合へ提出してください。

・支給申請書が必要な場合は本国保組合へ連絡ください。(浴場国保組合 TEL 06-6634-2510)

支払い方法 …支給(補助)申請書にご記入の振込先へ振り込みをします。

毎月、月末までに受付けた申請を翌月の10日にお支払いします。(10日が土・日・祝日の場合翌日)

《申請書は裏面をご利用ください。》

インフルエンザ予防接種費用

支給（補助金）申請書

大阪府浴場国民健康保険組合 理事長 様

提出日 令和 年 月 日

被保険者証	記号	浴国	(世帯主) 氏名	
	番号	—		
申請人数	人		(補助金額) 請求合計額	円

【請求内訳】(1名の場合もご記入ください)

氏名	性別	生年月日			続柄	接種した日			補助額請求額
		年	月	日		年	月	日	
	男女	昭平				令和			
	男女	昭平				令和			
	男女	昭平				令和			
	男女	昭平				令和			
	男女	昭平				令和			
	男女	昭平				令和			
合計									

* 支給(補助)額を下記の口座で振り込みますので、必ずご記入ください。

銀行名	銀行・信用金庫					支店名	支店
預金種目	1.普通		2.当座			フリガナ	
口座番号						名義人	

【補助内容】

- 補助の対象は、本国保組合の18歳以上の被保険者の方
- 補助額は、年度当たり、1人1回3,000円を限度とします。(3,000円未満の場合は実費分)

【請求・支払い方法】

- この支給申請書に申請人数分の領収書(原本)を添えて、本国保組合へ提出してください。
- 支払いは、この支給申請書に記載されている振込先の口座宛に振込みます。
- 被保険者の接種者分を取りまとめて、家族単位で申請してください。
家族の費用をまとめて支払った領収書である場合は内訳(接種者名、費用)を付記してください。
- 毎月、月末までに受付けた申請を翌月10日にお支払いします。(10日が土・日・祝日の場合は翌日)

《提出先》〒556-0012 大阪市浪速区敷津東2-2-8 大阪木津卸売市場内南棟2F

大阪府浴場国民健康保険組合 (TEL)06-6634-2510