



道医師国保組合お知らせ

## インフルエンザワクチン接種に対する助成を実施

道医師国保組合加入の方が対象

＜接種の事前申し込み不要、接種後に助成金を請求＞

**助成金の請求は翌年3月末日迄です**

今年も、インフルエンザワクチン接種の時期となりました。

本組合では、保健事業の一環としてインフルエンザワクチン接種に対する助成事業を実施しておりますが、助成利用制度の概要が記載されている「健康診査ガイドブック」は、すでに10月1日付けで組合員の方々へお送りしております。

ぜひ、インフルエンザワクチン接種に対する助成利用制度をご活用いただきたくお知らせいたします。

### 1. 目的

インフルエンザワクチン予防接種(以下、「予防接種」)の普及をはかるため、「保健事業」の一環として予防接種に対する助成金を交付いたします。

### 2. 利用対象者の範囲

対象者は、本組合に加入の組合員および被保険者です。

(注) 社会保険(協会けんぽ等)・市町村国保等に加入の方は、対象になりません。

### 3. 助成額

予防接種を受けた被保険者一人、同一年度内1,000円を限度額として助成いたします。

### 4. 助成金の請求

組合員(申請者)が、家族・准組合員(従業員)分を含めて接種後に『インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書』により、直接本組合に請求(郵送)してください。

### 5. 助成金の請求期間

予防接種後の助成金の請求期間は、年度末(平成24年3月31日)までとなっていますのでご注意ください。

### 6. 助成金の支払い方法

『インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書』に基づき、組合員(申請者)の銀行口座へ一括お振り込みいたします。

### 7. 助成金交付請求書の用紙

『インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書』の用紙がない場合は、直接本組合へ申し込みください。本組合のインターネットホームページからも入手できます(本誌の「様式」頁のコピーも使用可能です)。

\*何かご不明な点などがありましたなら、直接本組合までご連絡願います。

\*組合ホームページアドレス <http://www.hokkaido.med.or.jp/kokuho/>

連絡先:北海道医師国民健康保険組合

〒060-0042 札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会館6階

TEL011-271-7471

## インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書

被保険者証又は組合員証番号	道 医 一 号		
接種を受けた方 氏 名 (年 齢)	組合員・被保険者種別 (該当する箇所を○で囲んで下さい)	接種月日	請求金額 (円)
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
申請金額合計	一 金 円		

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので助成金を請求します。

平成 年 月 日

住 所 .....

組 合 員

氏 名 ..... (印)

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

(組合員の口座)

送 金 先	フリガナ	銀 行	店
		信用金庫	
	口座名義	預金種別	普通・当座・貯蓄
		口座番号	

〔備考〕 ※ 対象者は、北海道医師国保組合に加入の組合員および被保険者です。  
(社会保険、市町村国保等に加入の方は対象になりません。)  
※ 助成額は同一年度内1人1,000円です。  
※ 請求につきましては、接種された年度末(3月31日)までお願いいたします。