



## インフルエンザワクチン接種に対する助成

＜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3月末日迄です

道医師国保組合では、平成16年度から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。

対象者は、本組合加入の被保険者全員（社会保険、市町村国保等に加入の方は対象外。）とし、予防接種を受けた被保険者一人、同一年度内1,000円を限度として助成いたします。

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、直接本組合にご請求ください。

用紙の請求は本組合へご連絡願います。なお、本組合のインターネットホームページからも入手でき、本誌43頁のコピーも使用可能です。また、各支部にも備え付けていますのでご利用願います。

助成金の請求期間は、年度末（3月31日）までとなっていますのでご注意ください。

#### \*北海道医師国保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

TEL(011)271-7471

#### 道医師国保公告

平成18年3月1日

道医国保公示第314号

北海道医師国民健康保険組合  
理事長 飯塚弘志

1. 北海道医師国民健康保険組合の組合会議員が、次のとおり変更されたのでこれを公示する。

◎退任された議員

保坂 真（渡島：平成17年7月31日退任）

◎就任された議員

大北 健雄（渡島：平成17年8月1日就任）

2. 北海道医師国民健康保険組合の組合会議員補欠選挙が行われ、次のとおり就任されたのでこれを公示する。

◎就任された議員

小笹 里砂（札幌医科大学：平成18年1月24日就任）

## インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書

組合員の被保険者証番号	道 医	—	号
接種を受けた方 氏 名 (年 齢)	被 保 険 者 種 別 <small>(該当する箇所を○で囲んで下さい)</small>	接 種 月 日	請求金額(円)
( 歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・従業員	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	銀 行		店
	フリガナ	預金種別	普通・当座・貯蓄
	口座名義	口座番号	

〔備考〕 ※対象者は、北海道医師国保組合に加入の被保険者です。  
 (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。