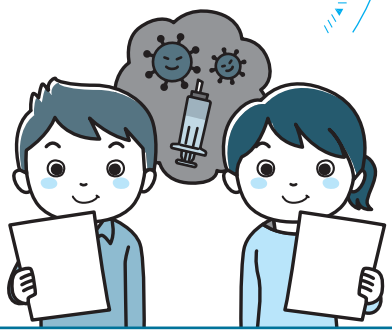
令和2年度

インフルエンザ予防接種の補助金事業をご利用ください

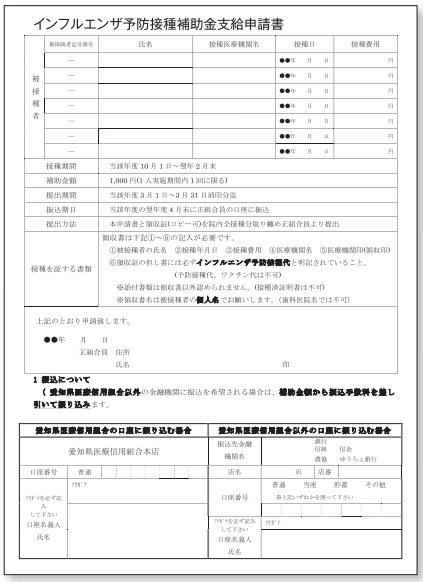
正組合員本人･準組合員本人を対象に健康保持推進と医療費適正化のためインフルエンザ予防接種費用の一部を補助します。

実施要領をご確認のうえ申請をお願いいたします。



補助内容

1	対象者	正組合員本人および準組合員本人
2	補助金額	1,000円（1人実施期間内1回に限る）
3	接種期間	令和2年10月1日～令和3年2月末日
4	申請期間	令和3年3月1日～3月31日消印分迄
5	振込期日	令和3年4月末に正組合員の口座に振込
6	申請方法	インフルエンザ予防接種補助金支給申請書･領収書（コピー可）を院内の全接種者分を取りまとめて正組合員が事務局まで提出してください。



インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

被接種者	被保険者証等番号	氏名	接種医療機関名	接種日	接種費用
	—			●●年 月 日	円
	—			●●年 月 日	円
	—			●●年 月 日	円
	—			●●年 月 日	円
	—			●●年 月 日	円
	—			●●年 月 日	円
	—			●●年 月 日	円

接種期間	当該年度 10 月 1 日～翌年 2 月末
補助金額	1,000 円(1 人実施期間内 1 回に限る)
提出期間	当該年度 3 月 1 日～3 月 31 日消印分迄
振込期日	当該年度の翌年度 4 月末に正組合員の口座に振込
提出方法	本申請書と領収証(コピー可)を院内全接種分取り纏め正組合員より提出
接種を証する書類	領収書は下記①～⑥の記入が必要です。 ①被接種者の氏名 ②接種年月日 ③接種費用 ④医療機関名 ⑤医療機関印(領収印) ⑥領収証の但し書には必ず**インフルエンザ予防接種代**と明記されていること。 (予防接種代、ワクチン代は不可) ※添付書類は領収書以外認められません。(接種済証明書は不可) ※領収書名は被接種者の**個人名**でお願いします。(歯科医院名では不可)

上記のとおり申請致します。

●●年 月 日

正組合員 住所

氏名 印

1 振込について

（ **愛知県医療信用組合以外**の金融機関に振込を希望される場合は、**補助金額から振込手数料を差し引いて振り込み**ます。

愛知県医療信用組合の口座に振り込む場合		愛知県医療信用組合以外の口座に振り込む場合	
愛知県医療信用組合本店		振込先金融機関名	銀行 信組 信金 農協 ゆうちょ銀行
口座番号	普通	店名	店 店番
フリガナ必ず記入して下さい 口座名義人 氏名	フリガナ	口座番号	普通 当座 貯蓄 その他 ※上記いずれかを選んで下さい
		フリガナ必ず記入して下さい 口座名義人 氏名	フリガナ

申請するときはここに注意!

注意事項

❖ 領収書は下記 1 ～ 6 の記入が必要です。

1 被接種者の氏名　2 接種年月日　3 接種費用

4 医療機関名　5 医療機関印（領収印）

6 領収書の但し書きには必ずインフルエンザ予防接種代と明記されていること。（予防接種代、ワクチン代は不可）

※添付書類は領収書以外認められません。(接種済証明書は不可)

※**領収書名は被接種者の個人名**でお願いします。(歯科医院名は不可)

❖ 振込について

- 愛知県医療信用組合の口座への振込にご協力をお願いいたします。
- 愛知県医療信用組合以外の金融機関に振込を希望される場合は、補助金額から振込手数料を差し引いて振り込みます。
- 愛知県医療信用組合に口座をお持ちでない先生は口座を開設くださいますようご協力をお願いいたします。