

組 合 員 各 位

埼玉県歯科医師国民健康保険組合
(公印省略)

令和8年度インフルエンザワクチンへの補助のご案内

本年度も標記補助事業を実施しますので、ワクチン接種後に下記のとおり組合事務局までご申請ください。

なお、鼻ワクチン（フルミスト）に対しても補助します。

記

1 事業名 インフルエンザワクチン補助事業

2 対象者 本組合の被保険者でワクチン接種時に75歳未満である方

※ 接種時に後期高齢者（75歳）になられている方は補助対象外です。

3 補助金額 1回接種の場合2,000円まで

2回接種の場合4,000円まで

ただし、接種した代金が上記の補助金額に満たない場合は、実費分となります
（鼻ワクチンを接種した場合も同様の金額となります）。

※ 13歳以上の方は、医師が特に必要と認める場合を除き「1回接種」が原則となっています。

※ 2回接種を受けられた方は、2回分をまとめて申請してください。

4 締切日 令和9年1月29日（金）必着

5 申請の流れ

(1) 個人又は事業所で医療機関に予約し、ワクチン接種を受ける。

(本組合指定の医療機関はありません)

(2) 医療機関で接種した代金を支払い、領収書（レシート可）を受け取る。

(3) 記入例を参考に、別紙の申請書に記入し、接種した際の領収書（レシート可）を添付して本組合へ郵送する（事業所で接種した方を取りまとめて申請してください。）。

(4) 指定した口座に補助金が振り込まれる（振込後に本組合から振込通知書を郵送します）。

6 その他

◆ 振込先は、原則として第1種組合員（事業主）の口座を指定してください。

◆ 領収書（レシート可）は、コピーでも構いません。

※診療明細書をお送りいただいても支給できません。

◆ 例年、締め切り間際での申請が多いので、早めに申請してください。

◆ 申請に際し、裏面のQ&Aを参考にしてください

インフルエンザワクチンの補助に関する Q&A

Q1 領収書ではなくレシートしかありません

A レシートで構いませんので原本、又はコピーを送付してください

Q2 領収書を返却してもらいたい

A 申請時に「領収書返却希望」とメモを入れてください。なお、添付いただく領収書はコピーでも構いません。

Q3 注射ではなく鼻ワクチン(フルミスト)でも補助されますか

A 令和 6 年度から鼻ワクチン(フルミスト)接種が始まりました。注射と同様に補助されますが、補助金額や補助回数は同じです。

Q4 従業員の記号番号が分かりません

A 申請書には**必ず**記号・番号、資格、氏名(接種時年齢)・かかった費用の記入が必要です。記入漏れがある場合は返送することもありますので、結果的に補助金の支給まで時間がかかることになります。例年、特に従業員数が多い事業所で記入漏れが多いのでお気をつけください。**マイナ保険証をご利用の方は資格情報通知書やマイナポータルで記号・番号を確認して、全ての申請者が必ず記入してください。**

Q5 接種者が従業員 1 名なので、従業員の口座に振り込んでもらいたい

A 必ず事業所で取りまとめ一度に申請いただきます。接種者が事業所内で 1 名であれば従業員の口座でも構いません。

Q6 申請からどのぐらいで振り込まれますか

A 毎月月末に振り込み手続きしますが、決裁の都合や申請件数によって遅れることがあります。締切り間際は申請数が多いことから振込まで時間がかかりますので、申請は早めをお願いいたします。

なお、**今年度の締切りは令和9年 1 月 29 日(金)必着**です。

Q7 接種費用が 1,500 円だった場合の補助金額はいくらですか

A 費用が補助の上限(2,000 円)を下回った場合は実費分が補助されます(この場合は 1,500 円となります)

Q8 補助金が振り込みについて、通知されますか

A 振込日の前後に届くように通知書をお送りします。

Q9 補助金が振り込まれたが、内訳を知りたい

A 組合に問合せいただければ振り込んだ金額の内訳をお答えいたします。

《問い合わせ・申請書類送付先》

埼玉県歯科医師国民健康保険組合 TEL048 (829) 2325

〒330-0075

さいたま市浦和区針ヶ谷 4-2-65 (彩の国すこやかプラザ 5F)

記入

支給決議
円
日 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	事務長	課長	係

令和8年度 インフルエンザワクチン接種補助金支給申請書

※太枠内のみ、漏れのないよう記入してください。
※記号番号等が無記入の場合、不備として返送します。
※1回で接種終了の場合は、2回目の欄に斜線を引いてください。
※1枚で書き切れない場合は、この用紙をコピーして使用してください。

申請締切日
令和9年1月29日(金)
必着

被保険者証記号・番号		資格	接種を受けた人の	生年月日	接種日及び費用額		補助金額
記号	番号	(○を付ける)	氏名・年齢	(西暦)	1回目	2回目	(組合で記入)
0100	1010	本人 家族	埼玉太郎 (50歳)	1975年 10月 1日生	12月20日 3500円	月 日 円	円
0100	1010	本人 家族	埼玉花子 (10歳)	2015年 9月 15日生	11月11日 3500円	11月25日 3500円	円
0100	1010	本人 家族	埼玉 愛 (40歳)	1985年 8月 1日生	11月11日 3500円	月 日 円	円
0100	1010102	本人 家族	熊谷和夫 (37歳)	1988年 11月15日生	11月25日 3500円	月 日 円	円
0100	1010103	本人 家族	浦和明子 (30歳)	1995年 5月20日生	1月20日 6000円	月 日 円	円
0100	1010103	本人 家族	浦和次郎 (35歳)	1990年 11月15日生	2月16日 5000円	月 日 円	円
記号・番号等の記入漏れは不備として返送します！ マイナ保険証をご利用の方は資格情報通知書や マイナポータルで記号・番号をご確認ください					月 日 円	月 日 円	円
					月 日 円	月 日 円	円
					月 日 円	月 日 円	円
					月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	年 月 日生	円	円	円
		本人・家族			申請は令和9年1月29日(金)必着		
		本人・家族	(歳)	年 月 日生	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	年 月 日生	月 日 円	月 日 円	円
↓ ワクチンを接種した事と金額が分かるもの(診療明細書では代用不可)					名	補助合計	円
※ 添付書類：領収書 (レシート可・コピー可)							

振込先	埼玉りそな 銀行・信用金庫・信用組合	大宮 支店
フリガナ	サイシ タロウ	普通
口座名義	埼玉 太郎	預金種類・口座番号
		当座 No. 8292325
申請は必ず各事業所でとりまとめ、できるだけ院長先生の口座を指定してください。 ただし、事業所内で接種した人が第2種のみだった場合は、振込先が第2種の口座でも構いません。 振込先の名義は略さず、銀行への登録通りに、また、フリガナも必ず記入してください。		
令和 8年 12月 24日		
申請者：第1種組合員(事業主) 〒 330-0075 診療所住所 さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65-5F 氏名 埼玉 太郎 印 埼玉		
振込先に関わらず、第1種組合員の署名・捺印をお願いします。 埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様		