

## インフルエンザ予防接種助成制度のお知らせ

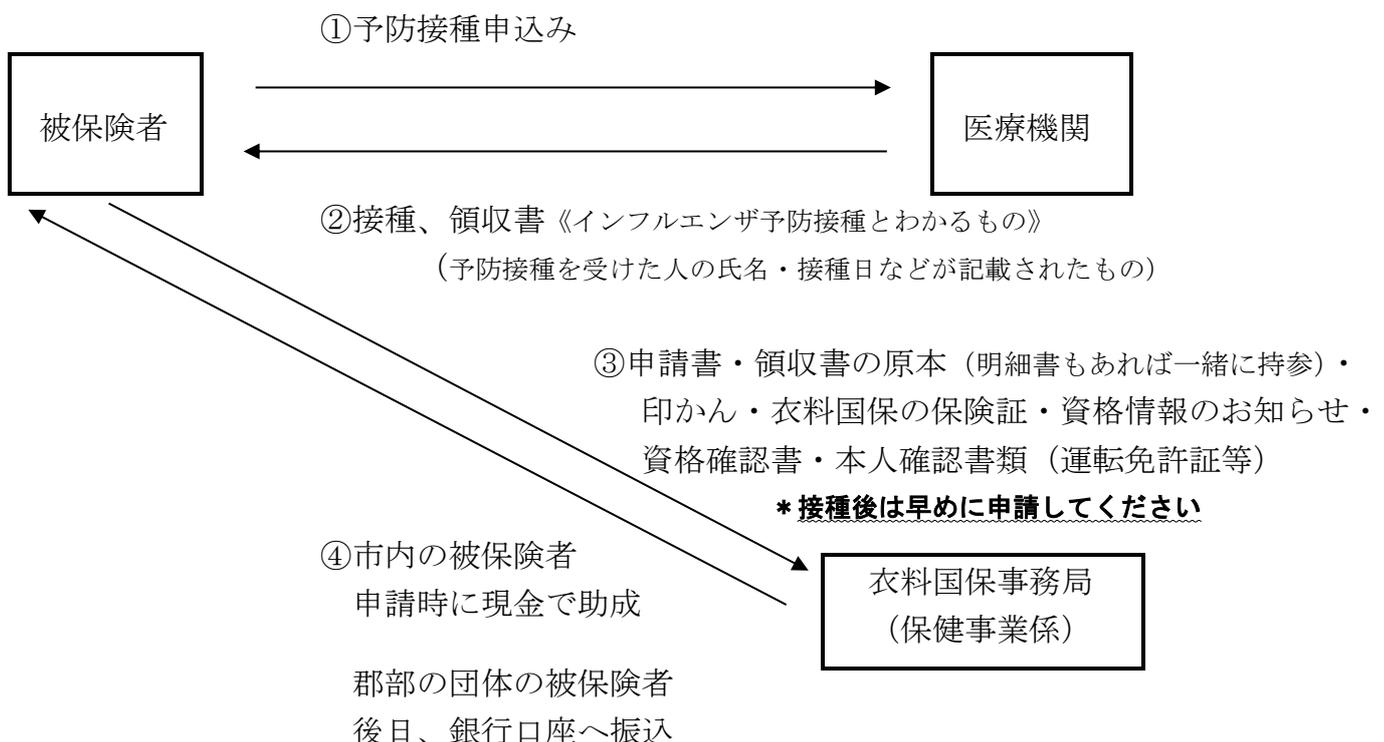
衣料国保では保健事業の一環としてインフルエンザの予防接種費用を助成しています。予防接種はインフルエンザの流行する10月（秋口）に接種すると、予防としての効果と発症した場合の重症化を予防する効果があります。特に高齢者の方や、あまり体力のない子供はできるだけ受けるようにしてください。

ただし、ワクチン接種は副作用、アレルギー反応が全くないわけではありません。アレルギーを持っておられる方や、体調を崩している時などはワクチン接種されますと高熱が出ることがあります。また、新型コロナワクチン接種の関係もありますので、予防接種をされる前には必ず医師と十分相談して接種するようにしてください。

### 実施要領

1. 対象者 64歳までの衣料国保被保険者（ただし、60歳から64歳で、心臓、肝臓、呼吸器の機能又はHIVウイルスによる免疫機能に障害がある被保険者は、公的補助があるため、助成金は対象外です。各市町村にお問い合わせ下さい。）
2. 接種期間 10月1日～1月31日
3. 助成額 2,000円上限（年度内1回）
4. 申請期間 10月1日～2月末迄（接種後は早めに申請してください）
5. その他 65歳以上の被保険者は、各市町村で公的補助があるため、必ず接種前にお住いの市町村にお問い合わせください。接種後では公的補助が受けられない場合があります。

### インフルエンザ予防接種と助成金の申請方法



決 裁	理事長	専務理事	事務長	事務長補佐	主任	会計	給付	資格	受 付
下記の金額を支給決定してよろしいか 金 円也									

## インフルエンザ予防接種助成金申請書（64歳以下）

\*太枠の中をご記入ください。

被保険者証記号番号	衣 ー	医療機関名			
被保険者氏名	生 年 月 日	資格取得日	接 種 日	窓口負担金額	組合助成金額
	S H R . .	S H R . .	R . .		
	S H R . .	S H R . .	R . .		
	S H R . .	S H R . .	R . .		
	S H R . .	S H R . .	R . .		
	S H R . .	S H R . .	R . .		

上記のとおり別紙領収書を添えて申請します。

令和 年 月 日

世帯主氏名 \_\_\_\_\_

申請人住所

氏 名 \_\_\_\_\_

㊟

京都府衣料国民健康保険組合 理事長 殿

\*京都市内の方は下記 領収証にご記入のうえ、衣料国保までお越してください。

インフルエンザ予防接種助成金を確かに受け取りました。

令和 年 月 日

申請人氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

\*宇治・亀岡・福知山・舞鶴の団体加入者の方は振込みとなりますので、下記にご記入ください。

**振込先は 原則として世帯主の預金口座とさせていただきますので ご了承ください**

下記口座へ振込みをお願いします。

世帯主氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

\*保険料引落口座以外に振込みをご希望される場合は、下記をご記入ください。

振込銀行名	銀行 信用金庫	支店名	本店 支店
口座番号	普通 当座	フリガナ	
		口座名義	

決 裁	理事長	専務理事	事務長	事務長補佐	主任	会計	給付	資格	受 付
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">見 本</div> 下記の金額を支給決定してよろしいか 金 円也								

## インフルエンザ予防接種助成金申請書（64歳以下）

\*太枠の中をご記入ください。

被保険者証記号番号	衣 1 2 3 - 4 5 6 7 8 9 0	医療機関名	衣料クリニック		
被保険者氏名	生 年 月 日	資格取得日	接 種 日	窓口負担金額	組合助成金額
衣料 京子	S (H) R 5. 4. 1	S (H) R 5. 4. 1	R 6. 1. 1 0	3,500 円	2,000 円
	S H R . .	S H R . .	R . .		
	S H R . .	S H R . .	R . .		
	S H R . .	S H R . .	R . .		
	S H R . .	S H R . .	R . .		

上記のとおり別紙領収書を添えて申請します。

令和 6年 1月 16日

世帯主氏名 衣料 太郎

申請人住所 京都市中京区室町通御池下る円福寺町 342 番 3

氏 名 衣料 太郎

京都府衣料国民健康保険組合 理事長 殿

押印  
④

\*京都市内の方は下記 領収証にご記入のうえ、衣料国保までお越しください。

インフルエンザ予防接種助成金を確かに受け取りました。 令和 年 月 日 申請人氏名 _____ ④
---

\*宇治・亀岡・福知山・舞鶴の団体加入者の方は振込みとなりますので、下記にご記入ください。

**振込先は 原則として世帯主の預金口座とさせていただきますので ご了承ください**

下記口座へ振込みをお願いします。 世帯主氏名 _____ ④ *保険料引落口座以外に振込みをご希望される場合は、下記をご記入ください。			
振込銀行名	銀 行 信用金庫	支 店 名	本 店 支 店
口座番号	普 通 当 座	フリガナ	
		口座名義	