

流行の拡大に備えて インフルエンザの



秋から冬、季節性インフルエンザの流行期を迎えます。

酒販国保では、被保険者の皆様がインフルエンザにからず、また、万一かかったとしても重症化することを防げるよう、今年度も、インフルエンザの予防接種を助成します。

下記の実施要綱をよくお読みいただき、申請してください。

実 施 要 綱



- | | |
|----------|--|
| 1 対象者 | 酒販国保に加入の被保険者（後期高齢者組合員も対象） |
| 2 接種期間 | 令和7年9月1日～8年1月31日 期間外は対象外 |
| 3 助成額 | 被保険者1名につき2,000円を上限に当該年度内に1回助成
※ 費用が2,000円に満たない場合は実費分を対象
※ 接種期間内に2回接種した場合は2回分の合計額が助成対象額となります。 |
| 4 申請期限 | 令和8年2月27日（金） 期限厳守!! |
| 5 予防接種申込 | 医療機関に直接申し込んでください。必ず領収書を受け取ってください。
(「インフルエンザワクチン接種」の表示のないものは無効とします。) |
| 6 支給申請 | 裏面の申請書により各地区（小売酒販組合）を経由して申請してください。 |

接種費用の公費負担（軽減）を行っている市町村もあります。市町村にお確かめください。

医療機関の領収書貼り付け欄

決 定 ・ 支 出 伺						地 区		
理 事 長	常 務 理 事	事 務 局 長	職 員			地 区 長	職 員	

インフルエンザ予防接種助成金支給申請書						地区経由年月日 令和 年 月 日	
被保険者証 の記号番号	酒 O -		組合員氏名				
予 防 接 種 を 受 け た 者	氏 名	組合員との続柄	予防接種費用額	助成金申請額			
			円	円			
			円	円			
			円	円			
			円	円			
			円	円			
			円	円			
★ 支出伺	令和 年 月 日		★ 助成金支給額	円		地区長 氏名	
★ 支給日	令和 年 月 日						
上記のとおり別紙証拠書類を添えてインフルエンザ予防接種助成金を申請します。							
令和 年 月 日							
申請者（組合員） 住所							
氏名							
京都府酒販国民健康保険組合 様							

振込銀行 ※ 下記の指定金融機関に限る。	銀行名	銀行・信用金庫		支店
	口座番号	当座・普通		
	口座名義	フリガナ		

- 注意事項
- 1 振込手数料の関係上、全ての接種終了後、世帯まとめて申請して下さい。
 - 2 医療機関発行の領収書を裏面に貼り付けて下さい。
 - 3 振込銀行は酒販国保指定の金融機関（京都銀行、京都中央信用金庫、京都信用金庫、滋賀銀行、みずほ銀行、三井住友銀行の本・支店）とします。
 - 4 必ず地区（小売酒販組合）を経由して申請して下さい。
 - 5 ★の欄は記載しないで下さい。
 - 6 申請者の押印は不要です。