

B・C型肝炎医療機関内感染予防及びインフルエンザ予防接種について

保健事業の一環といたしまして「B・C型肝炎医療機関内感染予防及び、インフルエンザ予防接種」の一部補助を実施いたします。

下記の内容をご確認いただき、ご申請をお願いいたします。

記

■ B・C型肝炎医療機関内感染

実施期間	抗原抗体検査	1回目	令和6年4月1日～令和7年1月31日	
		2回目	ワクチン接種終了後	
	ワクチン接種	B型抗原・抗体検査の結果、 抗体陰性者 で接種を希望される方は令和7年3月31日までに3回目の接種を終了してください。		
対象者	医師国保加入者 （第一種・第二種・後期組合員及びその家族）で、医療機関内で医療に従事する機会があり、感染の危険がある方。			
補助対象	B型抗原・抗体検査	@ 2,000円	2回まで	
	ワクチン接種	@ 1,800円	3回まで ※B型のみ対象	
	C型抗体検査	@ 1,600円	1回まで	
申請方法	抗原・抗体検査及びワクチン接種終了後、『B・C型肝炎感染・インフルエンザ予防事業補助金請求総括明細表(様式1)』に、抗原・抗体検査結果・ワクチン接種回数と必要事項をご記入の上、『B・C型肝炎抗原・抗体検査報告書のコピー』を添付して、医師国保までご送付ください。			
申請期限	令和7年4月30日まで			

■ インフルエンザ予防接種

実施期間	令和6年8月1日～令和7年1月31日			
対象者	医師国保加入者 （第一種・第二種・後期組合員及びその家族）			
補助対象	インフルエンザ予防接種	@ 3,000円	※1人につき1回限り	
申請方法	インフルエンザ予防接種を実施された後、『B・C型肝炎感染・インフルエンザ予防事業補助金請求総括明細表(様式1)』に、受診総人数・予防接種日等の必要事項をご記入の上、医師国保までご送付ください。			
申請期限	令和7年4月30日まで			

※ この申請で知り得た個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で使用することはありません。

様式 1

令和6年度 B・C型肝炎感染・インフルエンザ予防事業補助金請求統括明細書

【B・C型肝炎】

	回数	補助金単価	金額
HBs抗原抗体検査		2,000円	円
HBVワクチン		1,800円	円
HCV抗体価精密測定		1,600円	円
小計			円

【インフルエンザ】

	人数	補助金	金額
インフルエンザ予防接種		3,000円	円

※予防接種の補助金は何回実施されても1人につき3,000円です。

請求金額合計	円
---------------	---

振込先	金融機関コード	店番号	種別	普通・当座・他 ()	フリガナ
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	支店 出張所	口座 番号		名義

※通帳に登録されている名義（フリガナ）を必ずご記入ください。

【請求明細表】

記号番号	被保険者氏名	B型検査結果		HBV ワクチン	B型検査結果		C型 検査結果	インフルエンザ
		第1回			第2回			
		抗原	抗体	回数	抗原	抗体	抗体	予防接種日
31-				回				年 月 日
31-				回				年 月 日
31-				回				年 月 日
31-				回				年 月 日
31-				回				年 月 日
31-				回				年 月 日
31-				回				年 月 日
31-				回				年 月 日
31-				回				年 月 日

上記のとおり請求いたします。

〒
住 所

令和 年 月 日

氏名 ⑩

記号番号	31-								
------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--

神奈川県医師国民健康保険組合 理事長 殿

【お願い】

※令和7年4月30日までに、ご申請ください。

※B・C型肝炎感染予防も申請をされる際は、「B・C型肝炎抗原・抗体検査結果報告書のコピー」を添付してください。

※この申請で知り得た個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で使用することはありません。