

※65歳以上の方は芸術家国保では助成できません。

(特定健診インセンティブ健康ボーナスインフルエンザ予防接種 W 補助券使用の場合を除く)

| | | | | |
|---------|-----|---|---------|-----------|
| 支 出 決 定 | | | 支 給 日 | 令 和 年 月 日 |
| 常務理事 | 事務長 | 係 | | |
| | | | 支 給 金 額 | 円 |

インフルエンザ予防接種助成金申請書

○ 領収書原本(インフルエンザ予防接種と判るもので、接種者氏名を記入したものを)を添付してください。

| 保険証記号番号 | 被保険者名 | 接 種 日 | 窓口負担金額(円) | 助成金額(円) (組合記入欄) |
|---------|-------|-------|-----------|--------------------|
| 芸 - | | 年 月 日 | | |
| 芸 - | | 年 月 日 | | |
| 芸 - | | 年 月 日 | | |
| 芸 - | | 年 月 日 | | |
| 芸 - | | 年 月 日 | | |

上記のとおり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 千 円 TEL

住所.....

組合員

(事業主) 氏名.....(印)

京都芸術家国民健康保険組合理事長 様

| | | |
|-------|-------------------|---|
| 振 込 先 | 銀行 (店番) 信金 支店 | ※ゆうちょ銀行口座をお持ちの方はできるだけ ゆうちょ優先にご協力をお願いいたします。 |
| | 普・当・貯蓄 フリガナ | |
| | 口座番号..... | 口座名義人..... |

| | | |
|------|--|--|
| 委任の欄 | 右枠内は助成金の受領を 申請者(組合員)以外の口座 に振込む場合のみ 記入し てください。 | 助成金の受領を () に委任します。 令和 年 月 日 組合員氏名.....(印) |
|------|--|--|

* 太枠内だけ記入してください。 申請期限 令和7年2月28日(金)必着

令和6年度インフルエンザ予防接種助成実施要項

対象者 : 芸国に加入している **65歳未満**の被保険者
※インフルエンザ予防接種W補助券を使用される場合は65歳以上の被保険者も助成の対象となります。

申請期間 : **令和6年11月1日(金)～令和7年2月28日(金)必着**
※申請期間を過ぎた場合は助成できません。ご注意ください。

助成額 : 1名につき2,000円を上限に当年度内に1回助成。
費用が2,000円に満たない場合は実費分を助成。
(2回に分けて接種した場合は、まとめた金額が助成対象となります)
※インフルエンザ予防接種W補助券使用の場合はさらに1,500円助成。



申請方法

○芸術家国保まで下記の書類を提出してください。

①インフルエンザ予防接種助成金申請書

②領収書(原本) ※接種者名(フルネーム)・内容(予防接種と判る)・領収金額の記載があるもの。
※領収書に内容の記載がない場合は明細書等が必要。接種済み証は無効。

③インフルエンザ予防接種W補助券(特定健診インセンティブ制度健康ボーナス該当者のみ)

※申請者は必ず組合員名でお願いします。(組合員=事業主です。世帯主ではありません。ご注意ください。)

※助成金の振込指定口座名義が申請者と異なる場合は委任の欄の記入、捺印が必要です。

※世帯分は個別に申請せず、一度にまとめて申請してください。

※インフルエンザ予防接種W補助券は補助券に名前が記載された方のみ使用できます。

京都市では高齢者に対して接種費用の公費負担(軽減措置)をおこなっています

期間 令和6年10月15日(火)～令和7年1月31日(金)

対象者 ①65歳以上の京都市民の方
②60歳～65歳未満で、心臓・腎臓もしくは呼吸器の機能、又はHIVウイルスによる免疫機能に障害を有する京都市民の方

接種費用 ①65歳～74歳の方、②に該当する方 : **1,500円** (75歳以上の方は1,000円)
※金額は所得に関わらず一律です

注意事項 手続きは不要です。医療機関へ直接ご予約の上、接種してください。

問合せ先 京都市高齢者新型コロナワクチン等定期接種コールセンター

TEL : 050-3358-5227

FAX : 050-8893-2761

(令和7年1月31日まで、受付時間: 平日午前9時～午後5時)

※京都市以外でも同様の軽減措置があります。お住まいの各市町村ホームページ等をご確認ください。