

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5年4月1日～令和6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6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6年4月30日まで			

■ インフルエンザ予防接種

実施期間	令和5年8月1日～令和6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、裏面の「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6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。

令和5年度 B・C型肝炎感染症・インフルエンザ予防事業補助金請求総括明細書

【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	フリガナ
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	支店 本店 出張所	普通・当座・他() 口座番号	名義

※お願い 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。【例】（医）国保会 組合クリニック 理事長 医師太郎
振込先は第一種組合員名義、又は、法人名義の口座をお願いします。事業所でまとめていただき、ご申請ください。

【請求明細表】

記号番号	被保険者氏名	B型肝炎検査結果		HBV ワクチン	B型肝炎検査結果		C型肝炎検査結果	インフルエンザ
		第2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

上記のとおり請求いたします。

住所 〒 令和 年 月 日

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

氏名 氏名 (印)
神奈川県医師国民健康保険組合 理事長 殿

【お願い】

- ※令和6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」を必ず添付してください。
- ※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。