

請求にあたっての留意点

1. 請求書の送付先

〒409-3244

山梨県西八代郡市川三郷町岩間495

市川三郷町役場 いきいき健康課 健康増進係

2. 請求方法

令和6年10月1日～令和7年1月31日までの接種分を月毎にまとめ、

翌月10日までに下記の書類を添えて請求してください。

① 高齢者インフルエンザ接種費用請求書

② 高齢者インフルエンザ予防接種接種券・予診票

※必要書類で記入漏れがありますと、支払いができない場合がありますので必ずご確認ください。

最終請求の期限は、**令和7年2月10日**までとします。

支払い通知はいたしませんのでご了承ください。

・接種期間は、令和6年10月1日～令和7年1月31日です。

※上記接種期間以外での接種については、支払いはできませんので、御承知おきください。

3. 請求金額

公費負担分をご請求ください。

(1) 65歳以上の対象者は、1人2,500円が公費負担となります。

※65歳誕生日の前日より前の接種については、支払いはできませんので、ご承知おきください。

(2) 60～64歳の特例者は、1人2,500円が公費負担となります。

(3) 生活保護者は、全額公費負担となります。

※(1)、(2)対象者で接種費用が2,500円未満の場合は、接種費用を全額請求してください。

4. 接種券・予診票について

- (1) 接種券・予診票を紛失された方には、必ず、役場で**再交付**してもらってから接種するようご指導をお願いいたします。再交付した予診票には、右上に**再発行**の朱印がしてあります。
- (2) 60～64歳の特例者については、接種券・予診票の右上に**特例**という朱印がしてあります。
- (3) 生活保護の対象者には、接種券・予診票の右上に**免除(生保)**という朱印がしてあります。また、対象者には別紙「インフルエンザ予防接種自己負担免除対象者確認書」を渡してあります。＜医療機関記入欄＞に記入し、請求書と共に提出してください。
- (4) 接種券・予診票には、記入もれがないようにしてください。特に医師署名・被接種者署名は必ず記入してください。
※なお、医師署名をゴム印等で記名した場合は医師の押印をしてください。
- (5) 本人が署名できない場合には、本人の名前を記入後、必ず代筆者の氏名、被接種者との続柄を記入してください。