

組 合 員 様

大阪府歯科医師国民健康保険組合
理事長 深 田 拓 司

令和8年度「B型肝炎(含肝機能検査)の予防接種」について

平素は当組合の運営にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本年度も「B型肝炎の予防接種」を下記のとおり実施いたしますので、接種を希望される方は申し込みをお願いいたします。(特に40歳代までの方にお勧めします。)

なお、組合が薬価の一部と処置料及び検査料を補助しておりますので、接種希望者は1回5,500円の負担で予防接種が受けられます。

記

1. 実施期間 B型肝炎予防接種 令和8年7月1日～令和9年6月30日
肝機能検査 令和8年6月1日～
ただし、肝機能検査は11月30日までに受けてください。その結果により予防接種を申し込んでください。
また、第1回目の接種は令和9年1月31日までに受けてください。

申込締切 肝機能検査 11月20日(当日消印有効)
予防接種 12月20日(当日消印有効)

2. 実施場所及び時間

| | 実施場所 | 実施時間 | 休診日 |
|----------|---|------------------------------|-------------------------------------|
| 大阪府結核予防会 | 大阪総合健診センター TEL 06-6202-6667 中央区道修町4-6-5 | 午前10:00～11:30 午後2:00～3:30 | 土曜、日曜、祝日 8月7日～14日 12月29日～1月4日 |
| | 堺複十字診療所 TEL 072-221-5515 堺市堺区三国丘御幸通59 | 午後1:00～3:40 | 水曜、祝日 8月10日～16日 12月29日～1月4日 |
| | 大阪複十字病院 TEL 072-821-3888 寝屋川市打上高塚町3-10 | 午前9:00～11:00 午後1:00～2:00 | 土曜、日曜、祝日 12月29日～1月4日 |

3. 対 象 者

- (1) 当組合が実施している**健康診断・人間ドック及び肝機能検査**の受診者で、**検査の結果がHBs抗原・抗体マイナスで肝機能が正常な方**。
- (2) 当組合の健康診断並びに人間ドックを受けていない方で、B型肝炎の予防接種を希望される方は、左記の接種機関のいずれかでHBsの抗原・抗体を含む肝機能検査を受け、その結果**HBs抗原・抗体がマイナスで肝機能が正常な方**。(検査料は組合負担)

4. 接 種 回 数

3回(通常)又は4回

1回目(初回)、2回目(4週目)、3回目(20週～24週目)なお、1回目の接種の際、必ず健康診断・人間ドック及び肝機能検査の「健診結果票」を接種機関に提出してください。抗原・抗体を含む肝機能検査(28週目)の結果、抗体の出来ていない方はもう1回抗原・抗体を含む肝機能検査の上接種を行います。(検査料は組合負担)

5. 費 用 (税込金額)

| | 被 保 険 者 | 未 加 入 者 |
|------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 肝機能検査(初) 予防接種 | 無 料 通常 5,500円×3回 =16,500円 | 4,840円 7,700円×3回 =23,100円 |
| 肝機能検査(後) | 無 料 | 4,840円 |
| 合 計 | 16,500円 | 32,780円 |

接種1回ごとに 5,500円を窓口でお支払いください。

6. 申 込 方 法

- ◎ 当組合の健康診断、人間ドックを受けた方 (対象者の(1))
検査結果後、同封の「**B型肝炎予防接種申込書**」に必要事項をご記入の上組合にご送付ください。
- ◎ 当組合の健康診断、人間ドックを受けていない方 (対象者の(2))
まず同封の「**肝機能(HBs抗原・抗体を含む)検査申込書**」に必要事項をご記入の上組合にご送付ください。その**検査結果後**、改めて同封の「**B型肝炎予防接種申込書**」をご送付ください。
申込者は原則として第1希望日の20日前迄に組合にご送付ください。
接種機関より接種または検査の日をご通知いたします。
- ※ 当組合が、B型肝炎予防接種を委託している接種機関以外の検査結果ではB型肝炎予防接種は受けられません。
- ※ 肝炎ワクチン接種後抗体価の上昇については個人差があります。
- ※ 検査・接種の際には**提示が必要な場合がありますので、マイナンバーカード・資格確認書のいずれかをお持ちください。**
- ※ 接種を受ける際には、必ず肝機能の結果票をご持参ください。