

※	事務長	係	※補助決定額
決			¥
裁			



**世帯別個人申請用**

## 平成29年度 インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

下記のとおり申請します。

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

平成 年 月 日

組合員 (申請者)	氏名	年齢	保険証記号	保険証番号	種別						
	<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> 第5種						
	自宅住所	〒									
連絡先電話番号	( )										
※ご不明な場合はお問い合わせしますので平日の9時～17時に連絡のとれる番号を記入してください。											
補助金振込先	金融機関名	銀行	支店番号	支店名							
	預金種類	普通・当座・貯蓄	口座番号								
	口座名義	フリガナ									
予防接種を受けた被保険者	①	年齢	歳	接種日	平成 年 月 日	接種額	円	補助額	※	円	
	②	年齢	歳	接種日	平成 年 月 日	接種額	円	補助額	※	円	
	③	年齢	歳	接種日	平成 年 月 日	接種額	円	補助額	※	円	
	④	年齢	歳	接種日	平成 年 月 日	接種額	円	補助額	※	円	
	⑤	年齢	歳	接種日	平成 年 月 日	接種額	円	補助額	※	円	
予防接種額合計							円	※補助額合計			円

■ 申請する際は次の事項をよくお読みください。

- この申請は世帯単位(保険証の記号・番号ごと)で申請してください。
- 事業所単位での申請は別途、「事業所申請用」で申請してください。
- 家族のみの申請の場合は接種者氏名は②からご記入ください。(①は空欄)
- 組合員の種別は該当するものにチェックを入れてください。
- 補助額は【全被保険者1,000円 年度内(4月～3月)1回】ただし次の場合は補助対象外とします。  
①1,000円未満で接種した場合 ②65歳以上の方(各市区町村で既に補助を受けているため)
- 申請には「領収書原本(接種者氏名、日付、医療機関、但し書き、金額が明記されたもの)」を添付してください。
- ※印の補助額は組合記入欄ですので記載しないでください。

■ 「領収書」の注意事項

- 氏名はフルネームでお願いします。(名字だけは不可)
- 但し書きが「予防接種代」のみ又は「保険外診療」「自費診療」等では、証明になりません。  
“インフルエンザ予防接種代”と明記されているもの限り、補助対象とします。
- 幼児等で2回接種した場合、「領収書」の添付は1枚で結構です。  
(申請は1回ですので、1回の接種額が1,000円未満の場合は補助対象となりません。)