

# 事業所申請用

※ 決 裁	事務長	係	※補助決定額
			¥

受付印

## 平成30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

申請 事業 所	事業所	名称	事業所番号 (保険証の記号)							
		所在地 千								
	連絡先 電話	( )	担当者氏名							
補助金の事業所一括振込についてここに申請する被保険者全ての同意を得ています。 (証明として下記に事業主の署名・捺印をお願いします。) 第1種・第5種氏名(事業主) <span style="float: right;">印</span>										
補助 金 振 込 先	金融機関名	銀行	支店番号	支店名						
		信用金庫		※7桁未満は前に0を記載してください。						
	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	氏名	年齢 歳	種別	1種 <input type="checkbox"/>	2種 <input type="checkbox"/>	3種 <input type="checkbox"/>	続柄	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>
		接種日 平成 年 月 日	接種額	円	※補助額		円			
	②	氏名	年齢 歳	種別	1種 <input type="checkbox"/>	2種 <input type="checkbox"/>	3種 <input type="checkbox"/>	続柄	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>
		接種日 平成 年 月 日	接種額	円	※補助額		円			
	③	氏名	年齢 歳	種別	1種 <input type="checkbox"/>	2種 <input type="checkbox"/>	3種 <input type="checkbox"/>	続柄	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>
		接種日 平成 年 月 日	接種額	円	※補助額		円			
	④	氏名	年齢 歳	種別	1種 <input type="checkbox"/>	2種 <input type="checkbox"/>	3種 <input type="checkbox"/>	続柄	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>
		接種日 平成 年 月 日	接種額	円	※補助額		円			
	⑤	氏名	年齢 歳	種別	1種 <input type="checkbox"/>	2種 <input type="checkbox"/>	3種 <input type="checkbox"/>	続柄	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>
		接種日 平成 年 月 日	接種額	円	※補助額		円			
予防接種費用額合計			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。

- この申請は事業所単位で申請してください。(6名以上からは別途続き様式をご利用ください。)
- 世帯単位での申請は別途、「世帯別個人申請用」で申請してください。
- 接種者の種別と続柄は該当する口にチェックを入れてください。
- 事業所で一括振込に同意を得ている旨の事業主の署名・捺印は必須です。
- 補助額は【全被保険者1,500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。  
 ①1,500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、接種者全員の「領収書(氏名、日付、医療機関名、金額、但し書きが明記されたもの)」を添付してください。
- 領収書の金額が事業所一括の合計額になっている場合は、別途「接種者全員の氏名(組合加入者のみ)・生年月日が明記された一覧表」を添付してください。(様式自由)

### ■ 「領収書」の注意事項

- 個人ごとの領収書の場合、氏名はフルネームのものをお願いします。(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」または「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に限り、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。  
 (1回の接種額が1,500円未満の場合は補助対象となりません。)