

※ 決 裁	事務長	係	※補助決定額 ¥
-------------	-----	---	-------------



世帯別個人申請用

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

組 合 員 （ 申 請 者 ）	氏 名	年齢	保険証記号	保険証番号	種別						
	自宅住所	〒			第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/>						
					第4種 <input type="checkbox"/> 第5種 <input type="checkbox"/>						
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 信用金庫	支店番号	支店名							
	預金種類	普通・当座・貯蓄	口座番号	※7桁未満は前に0を記載してください。							
	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1,500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「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」「自費診察」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って、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。)