



事業所申請用

決裁	事務長	事務次長	係	※交付決定額
				¥

## 令和5年度 インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

申請事業所	事業所	名称				事業所番号 (保険証の記号4桁)				
		所在地	〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]							
		事業主氏名								
		連絡先 電話	( )			担当者氏名				
※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。										
補助金交付を受ける者(組合加入者)	1	氏名	年齢	歳	保険証 番号	-		組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>	
		接種日	令和 年 月 日	接種額	円	種別	1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/>			
	2	氏名	年齢	歳	保険証 番号	-		組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>	
		接種日	令和 年 月 日	接種額	円	種別	1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/>			
	3	氏名	年齢	歳	保険証 番号	-		組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>	
		接種日	令和 年 月 日	接種額	円	種別	1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/>			
	4	氏名	年齢	歳	保険証 番号	-		組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>	
		接種日	令和 年 月 日	接種額	円	種別	1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/>			
	5	氏名	年齢	歳	保険証 番号	-		組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>	
		接種日	令和 年 月 日	接種額	円	種別	1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/>			
申請人数	人		×1,500円			補助額合計	※組合記入欄 円			
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		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								

- 申請する際の注意事項 ※の補助額欄は組合記入欄ですので記載しないでください。
- この申請は事業所単位で申請してください。(6名以上からは続紙をご利用ください。)
  - 組合員の家族(組合加入者)も振込先が事業所でよければ一緒に申請しても構いません。
  - 世帯単位(保険証の記号・番号ごと)での申請は別途「世帯別個人申請用」の様式で申請してください。
  - 接種者の種別は該当する口にV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】ただし補助額未滿の接種は補助対象外です。
  - 申請には、接種者全員の領収書(原本)を添付してください。

補助金交付を受ける者の氏名記載欄にある番号とは被保険者証の番号です。  
当組合の被保険者であるかを確認するためにも必ず記載をお願いいたします。

- 領収書(原本)の注意事項
- 領収書が接種者の合計額になっている場合は、別途「インフルエンザ予防接種者一覧表」を添付してください。  
\*領収書が誰の分かを明確にするために、複数枚に分かれているときは、領収書ごとに添付が必要です。  
\*一覧表は事業所独自で作成したもので構いませんが、各氏名と保険者番号は必須です。
  - 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」「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』と明記されているものに限り、補助対象とします。

受付印

※当組合資格喪失後の申請は喪失日から3ヶ月以内のみ受付可