



	事務長	事務次長	係	※交付決定額
決裁				¥

世帯別個人申請用(全被保険者対象)

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

組合員 (申請者)	氏名		年齢	保険証記号	保険証番号			種別			
								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"/>			
	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。											
補助金請求者の氏名	組合員	①	年齢	歳	接種日	令和	年	月	日	接種額	円
	組合加入の家族	②	年齢	歳	接種日	令和	年	月	日	接種額	円
		③	年齢	歳	接種日	令和	年	月	日	接種額	円
		④	年齢	歳	接種日	令和	年	月	日	接種額	円
		⑤	年齢	歳	接種日	令和	年	月	日	接種額	円
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

- この申請は、世帯単位(保険証の記号・番号)ごとに申請してください。
- 事業所単位での申請は別途、事業所申請用の様式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、補助額未満での接種は補助対象外です。
- 申請には領収書(原本)を添付してください。
- ※印の補助額合計は組合記入欄ですので記載しないでください。

■ 領収書(原本)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。
- 幼児で2回接種をし、1回の接種額が補助額以上であれば領収書の添付は1枚で結構です。



※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