事 **事業所申請用**

決裁	事務長	係	※補助決定額
			￥

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長　様

令和7年度 インフルエンザワクチン接種補助金交付申請書

令和　　年　　月　　日

申請事業所	事業所	名称		事業所番号（被保険者記号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。					

申請する被保険者							
1	氏名		被保険者番号	－　　－	接種金額		円
	接種日	令和　　年　　月　　日	組合員種別	1種□　2種□　3種□	組合員□　家族□		
2	氏名		被保険者番号	－　　－	接種金額		円
	接種日	令和　　年　　月　　日	組合員種別	1種□　2種□　3種□	組合員□　家族□		
3	氏名		被保険者番号	－　　－	接種金額		円
	接種日	令和　　年　　月　　日	組合員種別	1種□　2種□　3種□	組合員□　家族□		
4	氏名		被保険者番号	－　　－	接種金額		円
	接種日	令和　　年　　月　　日	組合員種別	1種□　2種□　3種□	組合員□　家族□		
5	氏名		被保険者番号	－　　－	接種金額		円
	接種日	令和　　年　　月　　日	組合員種別	1種□　2種□　3種□	組合員□　家族□		

申請人数	人　×　2,000円	※組合記入欄 補助額合計	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

1 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。)
2 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。
3 世帯単位(被保険者記号・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。
4 組合員種別は、該当する□にｖを入れてください。
5 接種方法について、**注射以外のワクチン接種も補助対象とします。**
6 補助額は**【全被保険者2,000円 年度内(4月～3月)１回】　※補助額未満での接種は、補助対象外です。**
7 市町村で補助を受けて接種している65歳以上の被保険者も、自己負担分が補助額以上であれば申請できます。
8 申請には、接種者全員の領収書(原本)を添付してください。
9 ※印の「補助額合計」欄及び、「補助決定額」欄は記入しないでください。

受付印

■ 領収書(原本)の注意事項

1 領収書が接種者の合計額になっている場合は、別途「インフルエンザワクチン接種者一覧表」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。

2 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)
3 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』と明記されているものに限り、補助対象とします。

＊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