個 **世帯別個人申請用（全被保険者対象）**

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

組合員（申請者）	氏　名		年齢	被保険者記号	被保険者番号	組合員種別
					-	第1種□ 第2種□ 第3種□ 第4種□
	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。				

申請する被保険者	組合員	1	接種日　令和　年　月　日	接種額　円
	組合加入の家族	2	接種日　令和　年　月　日	接種額　円
		3	接種日　令和　年　月　日	接種額　円
		4	接種日　令和　年　月　日	接種額　円
		5	接種日　令和　年　月　日	接種額　円

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、世帯単位（**被保険者記号・番号**）ごとに申請してください。
2 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。
3 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。
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場合も、自己負担分が補助額以上であれば補助対象となります。**
8 申請には、**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。

■ **領収書(原本)**の注意事項

1 氏名はフルネームでお願いします。（名字だけは不可）
2 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。
　＊インフルエンザと明記されているものに限り、補助対象とします。
3 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

受付印