



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8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5種組合員は対象外	
					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。						
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			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(被保険者記号・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。
- 組合員種別は、該当する口に✓を入れてください。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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」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

- 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

受付印