



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

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 <input type="checkbox"/>	2種 <input type="checkbox"/>	3種 <input type="checkbox"/>	5種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ※第5種組合員は対象外		
	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 <input type="checkbox"/>	2種 <input type="checkbox"/>	3種 <input type="checkbox"/>	5種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> ※ 家族 <input type="checkbox"/>		
	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 <input type="checkbox"/>	2種 <input type="checkbox"/>	3種 <input type="checkbox"/>	5種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> ※ 家族 <input type="checkbox"/>		
	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 <input type="checkbox"/>	2種 <input type="checkbox"/>	3種 <input type="checkbox"/>	5種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> ※ 家族 <input type="checkbox"/>		
	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 <input type="checkbox"/>	2種 <input type="checkbox"/>	3種 <input type="checkbox"/>	5種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> ※ 家族 <input type="checkbox"/>		
申請人数				人 × 2,000円		補助額合計 ※組合員記入欄					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、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(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。
- 組合員種別は、該当する□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**】 ※補助額未滿での接種は、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。
- 申請には、接種者全員の領収書(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

- 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。
- 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』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**

