



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 任意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。												
ワクチン名称						※事業所で同一ワクチンを接種した場合に申請可						
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□ 5種□	組合員□ 家族□		※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□ 2種□ 3種□ 5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□ 5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□ 5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□ 5種□	組合員□※ 家族□						
申請人数				人 × 3,000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

*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

- この申請は、事業所で同一ワクチンを接種した場合に申請してください。(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。
- 補助額は【全被保険者3,000円 年度内1回】ただし、補助額未滿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でも、自己負担分が補助額以上であれば補助対象です。
- 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「任意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。
*一覧表は事業所独自で作成したもので構いません。
- 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、証明なりません。
ワクチン名称が明記されているものに限る、補助対象とします。

受付印