

世帯別個人申請用(全被保険者対象)

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

決裁	事務長	係	※補助決定額
			¥

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

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	氏名	ワクチン種類(名称)	接種日	接種額	
	組合員 1		令和 年 月 日		円
	組合加入の家族 2		令和 年 月 日		円
	3		令和 年 月 日		円
	4		令和 年 月 日		円
	5		令和 年 月 日		円
申請人数		人 × 3,000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			

■ 補助額は【全被保険者3,000円 年度内(4月~3月) 1回】 ※補助額未済での接種は、補助対象外です。

■ 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。
- 家族のみ申請の場合は、申請者氏名は2からご記入ください。
- 組合員種別は、該当する□に✓を入れてください。
- 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。
- インフルエンザは別途、「インフルエンザワクチン接種補助」で申請してください。
- ※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。
*ワクチン名が明記されているものに限り、補助対象とします。
- 世帯複数で申請する場合は、それぞれの領収書が必要です。

任意ワクチンの種類は問いません。

・肺炎球菌 ・帯状疱疹 ・おたふく風邪
・子宮けいがん ・A型肝炎 ・B型肝炎
・新型コロナウイルス ・破傷風等 他

受付印

※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