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 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□ 第2種□ 第3種□ 第4種□ 第5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		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】**　※**補助額未満での接種は、補助対象外です。**

■ 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 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。
3 組合員種別は、該当する□に✓を入れてください。
4 **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。**
5 申請には、**領収書(原本)**を添付してください。
6 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。
7 ※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。

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・破傷風 等　　他

■ **領収書(原本)**の注意事項

1 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）
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。
　＊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。
3 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。

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