



※ 決 裁	事務長	主 査	係

※ 伺 い	支給決定額 ¥
-------------	------------

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書 (事業所申請用)

平成 年 月 日

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

事業主	氏 名								
	被保険者証	記号	番号						
事業所所在地		〒 ー							
連絡先電話番号		()							
振 込 先	銀行・信用金庫			店					
	普通・当座・貯蓄		口座番号						
	フリガナ		-----						
名 義		-----							
★補助金の《一括振込》について、ここに申請する被保険者全ての同意を得ています。									
※証明として右記に事業主の署名・捺印をお願いします。 印									
予 防 接 種 を 受 け た 被 保 険 者	1	氏 名				続柄	本人・家族	年齢	歳
		記号・番号	記号			番号			ー
		予防接種費用額	円			※補助額(組合記入欄)	円		
	2	氏 名				続柄	本人・家族	年齢	歳
		記号・番号	記号			番号			ー
		予防接種費用額	円			※補助額(組合記入欄)	円		
	3	氏 名				続柄	本人・家族	年齢	歳
		記号・番号	記号			番号			ー
		予防接種費用額	円			※補助額(組合記入欄)	円		
	4	氏 名				続柄	本人・家族	年齢	歳
		記号・番号	記号			番号			ー
		予防接種費用額	円			※補助額(組合記入欄)	円		
	5	氏 名				続柄	本人・家族	年齢	歳
		記号・番号	記号			番号			ー
		予防接種費用額	円			※補助額(組合記入欄)	円		
予防接種費用額合計				円	※補助額合計			円	

- この申請は、事業所単位で申請してください。(5名以上の申請は、複数枚申請用紙をご利用ください。)
- 個人単位での申請については、別途様式にて申請してください。(「インフルエンザ 補助金支給申請書(世帯別個人申請用)」)
- 補助金は事業所宛てに一括振込みしますので、事業主において従業員(被保険者)に補助金を支給してください。
そのために従業員(被保険者)の同意が必要となりますので★印欄の署名・捺印がないものは受理できません。
- ※印欄は、組合記入欄ですので記入しないでください。
- 受診者全員の氏名・医療機関名・但し書きが明記された領収書(原本)を必ず添付してください。
- 領収書が合計額になっている場合は、別途、接種者全員の氏名を記載したものを添付してください。(氏名・生年月日必須)
- 65歳以上の方は、市町村で補助を受け正規の費用より安く接種を受けているため、補助対象外となっております。