



| | | | |
|-----|-----|----|---|
| ※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 (世帯別個人申請用)

平成 年 月 日

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

| | | | | | | | | |
|--------------|----------|---------|---|-------------|----|----|----|---|
| 申請者 | 組合員氏名 | | | | | | | 印 |
| | 自宅住所 | 〒 | | | | | | — |
| | 被保険者証 | 記号 | | | | | 番号 | |
| | 勤務先店舗名 | | | | | | | |
| | 勤務先電話番号 | () | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 予防接種を受けた被保険者 | 1 | 氏名 | | 続柄 | 本人 | 年齢 | 歳 | |
| | | 予防接種費用額 | 円 | ※補助額(組合記入欄) | | 円 | | |
| | 2 | 氏名 | | 続柄 | | 年齢 | 歳 | |
| | | 予防接種費用額 | 円 | ※補助額(組合記入欄) | | 円 | | |
| | 3 | 氏名 | | 続柄 | | 年齢 | 歳 | |
| | | 予防接種費用額 | 円 | ※補助額(組合記入欄) | | 円 | | |
| | 4 | 氏名 | | 続柄 | | 年齢 | 歳 | |
| | | 予防接種費用額 | 円 | ※補助額(組合記入欄) | | 円 | | |
| | 5 | 氏名 | | 続柄 | | 年齢 | 歳 | |
| | | 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、世帯単位で申請してください。
- 事業所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(事業所申請用))
- ※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。
- 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、補助対象外です。