

# 各種予防接種費用補助について

## 対象者

被保険者全員

年度内（4月から翌年3月）に1回の補助となります。

各種予防接種が費用補助の対象となります。

※秋の生活習慣病共同健診でインフルエンザ予防接種を受けた方は組合で予防接種費用の一部を負担しているため対象外となります。

## 申請方法

事業主の方からの申請となります。

事業主の方は各種予防接種費用補助金申請書と領収証を組合に提出してください。

- ・各種予防接種費用補助金申請書
- ・領収書原本（接種者氏名、予防接種内容、1人ごとの金額の記載があるもの）  
領収証に上記の記載がない場合は内容がわかる明細書

※申請は原則年度に1回となります。申請漏れ等があった場合は組合までご連絡ください。

※事業主を経由せずに個人からの申請はできません。

今年度分の申請については年度内（3月31日）までに組合に提出してください。

## 補助金額

接種回数に関わらず1人につき2,000円までの補助となります。

補助金については事業主指定の口座に振込いたします。

秋の生活習慣病共同健診のインフルエンザ予防接種との重複確認後に振込となるため、補助金の支払は翌年度（4月以降）の振込となる場合があります。

### 【お問い合わせ・提出先】

〒540-0019

大阪市中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合

TEL 06-6946-9151

# 各種予防接種費用補助金申請書

**太枠内**にご記入の上、提出書類を添付して提出して下さい。※事業所単位で申請して下さい。

事業主被保険者記号番号	枝番	事業主氏名	
薬国	一 一		

事業所名 連絡先		申請年月日 令和 年 月 日
TEL		

予防接種項目 該当する番号に○を記入してください	1.インフルエンザ予防接種	2.その他予防接種（ ）
-----------------------------	---------------	-----------------

受診者記入欄（上記項目ごとに記入してください。） 5名以上の場合は申請書（2枚目）に記入して下さい。

被保険者記号番号		枝番	受診者氏名	組合員 ・家族	生年月日	接種日	申請金額	※組合使用欄
薬国	一 一			組合員 家族 昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日	円	
薬国	一 一			組合員 家族 昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日	円	
薬国	一 一			組合員 家族 昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日	円	
薬国	一 一			組合員 家族 昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日	円	
薬国	一 一			組合員 家族 昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日	円	
						申請金額合計	円	

補助金振込先（下記のいずれかに○を記入の上、2の場合は振込先を記入してください。）

1. 保険料振替口座への振込

2. 保険料振替口座以外への振込（下記振込先）

事業所もしくは事業主名義の口座を記入してください。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
預金種目	普通 · 当座	口座番号
フリガナ		
口座名義		

<提出書類>※不備がある場合、補助対象外となる場合があります。

- ・各種予防接種費用補助金申請書（本紙）
- ・領収書原本（接種者氏名、予防接種内容、1人ごとの金額の記載があるもの）

※領収書に上記の記載がない場合は、内容がわかる明細書

<対象者、補助金額>

- ・対象者・・・被保険者全員

※生活習慣病共同健診のインフルエンザ予防接種は、組合で接種費用の一部を負担しているため対象外

- ・補助金額・・・1人につき2,000円（上限）

※複数回接種の場合も上限額は2,000円

【お問い合わせ・提出先】

〒540-0019

大阪市中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合

T E L 0 6 - 6 9 4 6 - 9 1 5 1

近畿薬剤師国民健康保険組合 202601

## 各種予防接種費用補助金申請書（2枚目）

必ず1枚目と一緒に申請して下さい。

事業主被保険者記号番号								枝番	事業主氏名	
薬国	一	一	一	一	一	一	一			

申請する予防接種項目を  
○で囲んでください。

## 記入例

## 各種予防接種費用補助金申請書

太枠内にご記入の上、提出書類を添付して提出して下さい。※事業所単位で申請して下さい。

事業主被保険者記号番号 薬国 9 9 9 9 - 9 9 9 - 0 0 0 0 0	枝番 0	事業主氏名 薬国 太郎
---	---------	----------------

事業所名 連絡先 TEL 〇 6 - 6 9 4 6 - 9 1 5 1	申請年月日 令和 X 年 X 月 X 日
---	-------------------------

予防接種項目 該当する番号に○を記入してください	1.インフルエンザ予防接種	2.その他予防接種 ( )
-----------------------------	---------------	---------------

受診者記入欄（上記項目ごとに記入してください。） 5名以上の場合は申請書（2枚目）に記入して下さい。

被保険者記号番号	枝番	受診者氏名	組合員 ・家族	生年月日	接種日	申請金額	※組合使用欄
薬国 9 9 9 9 - 9 9 9 - 0 0 0 0 0	0	薬国 太郎	組合員 ・家族 昭和 平成 令和	99年99月99日	令和 X 年 X 月 X 日	2,000 円	
薬国 9 9 9 9 - 9 9 9 - 9 9 9 0 0	0	近薬 花子	組合員 ・家族 昭和 平成 令和	99年99月99日	令和 X 年 X 月 X 日	2,000 円	
薬国 9 9 9 9 - 9 9 9 - 9 9 9 0 1	0	近薬 保	組合員 ・家族 昭和 平成 令和	99年99月99日	令和 X 年 X 月 X 日	2,000 円	
薬国	-		組合員 ・家族 昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日	円	
薬国	-		組合員 ・家族 昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日	円	
申請金額合計						6,000 円	

補助金振込先（下記のいずれかに○を記入の上、2の場合は振込先を記入してください。）

1. 保険料振替口座への振込

2. 保険料振替口座以外への振込（下記振込先）

事業所もしくは事業主名義の口座を記入してください。

金融機関名 預金種目 フリガナ 口座名義	銀行 信託会庫	本店 支店 出張所
保険料振替口座以外へ振込を希望される場合は記入してください。 (事業所もしくは事業主名義の口座に限ります)		

<提出書類>※不備がある場合、補助対象外となる場合があります。

- 各種予防接種費用補助金申請書（本紙）
- 領収書原本（接種者氏名、予防接種内容、1人ごとの金額の記載があるもの）

※領収書に上記の記載がない場合は、内容がわかる明細書

<対象者、補助金額>

- 対象者・・・被保険者全員

※生活習慣病共同健診のインフルエンザ予防接種は、組合で接種費用の一部を負担しているため対象外  
・補助金額・・・1人につき 2,000 円（上限）

※複数回接種の場合も上限額は 2,000 円

【お問い合わせ・提出先】

〒540-0019

大阪市中央区和泉町 1 丁目 3 番 8 号

大阪府薬剤師会西館 2 階

近畿薬剤師国民健康保険組合

TEL 06-6946-9151

## 記入例

## 各種予防接種費用補助金申請書（2枚目）

**必ず1枚目と一緒に申請して下さい。**

事業主被保険者記号番号							枝番	事業主氏名	
薬国				一		一			

申請する予防接種項目を  
○で囲んでください。