

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											

事業所名 連絡先	TEL	申請年月日	令和	年	月	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			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	
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	
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						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
 TEL 06-6946-9151

