

インフルエンザ補助金支給申請書

※ 申請書のご記入は世帯ごと（組合員と同じ記号番号を持つ者ごと）、年度ごとです。

被保険者証記号・番号 後期高齢者組合員証記号・番号		32-		組合員氏名				
受診者				ワクチン接種年月日			費用	
氏名		続柄	本人	第1回	平成 年 月 日		円	
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	第2回	平成 年 月 日	円	
実施医療機関名称								
受診者				ワクチン接種年月日			費用	
氏名		続柄		第1回	平成 年 月 日		円	
生年月日	昭和・平成	年	月	日	第2回	平成 年 月 日	円	
実施医療機関名称								
受診者				ワクチン接種年月日			費用	
氏名		続柄		第1回	平成 年 月 日		円	
生年月日	昭和・平成	年	月	日	第2回	平成 年 月 日	円	
実施医療機関名称								
受診者				ワクチン接種年月日			費用	
氏名		続柄		第1回	平成 年 月 日		円	
生年月日	昭和・平成	年	月	日	第2回	平成 年 月 日	円	
実施医療機関名称								
受診者				ワクチン接種年月日			費用	
氏名		続柄		第1回	平成 年 月 日		円	
生年月日	昭和・平成	年	月	日	第2回	平成 年 月 日	円	
実施医療機関名称								
上記のとおり領収書を添え申請いたします。（領収証を必ず添付してください。）								
平成 年 月 日 円 -								
組合員（本人）				住所				
				氏名 ⑧				
神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿						決定金額	円	
決 裁	理事長	副理事長	常務理事		事務長	課長	係長	担当

振 込 先	銀行・信金・信組						カガナ
	店						名 義
	支店						
出張所						普通（総合）・当座・貯蓄	
口座							
番号							

※注意事項等については、裏面を参照してください。

《 インフルエンザ補助金について 》

- ・ 年齢・接種回数にかかわらず、1回 2,000 円以内×接種回数分の補助。
- ・ 最終実施日の翌日から 2 年以内に申請してください。
- ・ 申請書は「世帯ごと（組合員と同じ記号番号を持つ者ごと）、年度ごと」にご記入いただき、ご捺印のうえ、すべての領収証を添えて申請してください。
- ・ 医療費明細書は領収証ではありませんので、領収証の添付が必要です。
- ・ 領収証に「インフルエンザと記載が無い場合」や「インフルエンザ以外の医療費が含まれている場合」は、医療機関の方に内訳等を記載していただいでください。
- ・ 補助金ごとに取りまとめたお振込となります。振込先を必ずご記入ください。
- ・ なお、神奈川県歯科医師信用組合以外の口座をご記入の場合は、振込手数料として支給金額から 200 円＋消費税を差し引かせていただきます。

◇ 問合せ先：神奈川県歯科医師国民健康保険組合 （電話 045-641-5418） ◇

【記載例】

インフルエンザ補助金支給申請書

※ 申請書のご記入は世帯ごと（組合員と同じ記号番号を持つ者ごと）、年度ごとです。

被保険者証記号・番号 後期高齢者組合員証記号・番号		32-01234567		組合員氏名		国保太郎	
受診者				ワクチン接種年月日			費用
氏名	国保太郎	続柄	本人	第1回	平成●年●月●日	3,500円	
生年月日	大正●年●月●日	平成40年11月1日	第2回	平成 年 月 日	円		
実施医療機関名称		医療法人 横浜診療所					
受診者				ワクチン接種年月日			費用
氏名	国保花子	続柄	妻	第1回	平成●年●月●日	4,200円	
生年月日	昭和●年●月●日	平成48年12月10日	第2回	平成 年 月 日	円		
実施医療機関名称		神奈川医院					
受診者				ワクチン接種年月日			費用
氏名	国保健太	続柄	長男	第1回	平成●年●月●日	4,200円	
生年月日	昭和●年●月●日	平成10年1月1日	第2回	平成●年●月●日	4,200円		
実施医療機関名称		神奈川医院					

・
・
・