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。

※　**振込先**を必ずご記入ください。その他注意事項等については、裏面を参照してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号・番号  後期高齢者組合員証記号・番号 | | | | | 32－ | | | | | | | | (枝番)  不要 | | | 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 | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | 円 | | |
| 生年月日 | | 大正・昭和・平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | 第2回 | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | 円 | | |
| 実施医療機関名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | (組合記入欄)  整理番号 | | |
| 受　　診　　者 | | | | | | | | | | | ワクチン接種年月日 | | | | | | | | | | 費　　用 | | |
| 氏名 | |  | | | | | 続柄 |  | | | 第1回 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | 円 | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成・令和　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | 第2回 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | 円 | | |
| 実施医療機関名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 整理番号 | | |
| 受　　診　　者 | | | | | | | | | | | ワクチン接種年月日 | | | | | | | | | | 費　　用  (組合記入欄) | | |
| 氏名 | |  | | | | | 続柄 |  | | | 第1回 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | 円 | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成・令和　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | 第2回 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | 円 | | |
| 実施医療機関名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 整理番号 | | |
| 受　　診　　者 | | | | | | | | | | | ワクチン接種年月日 | | | | | | | | | | 費　　用  (組合記入欄) | | |
| 氏名 | |  | | | | | 続柄 |  | | | 第1回 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | 円 | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成・令和　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | 第2回 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | 円 | | |
| 実施医療機関名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 整理番号 | | |
| 受　　診　　者 | | | | | | | | | | | ワクチン接種年月日 | | | | | | | | | | 費　　用  (組合記入欄) | | |
| 氏名 | |  | | | | | 続柄 |  | | | 第1回 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | 円 | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成・令和　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | 第2回 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | 円 | | |
| 実施医療機関名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 整理番号 | | |
| 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。）**  (組合記入欄)  　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 組合員（本人） | | | | | | | | |  | | | 住所 | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | TEL | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 次長 | | | 課長 | | 担当 | |
|  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振 込 先 | 銀行・信金・信組 | | | | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 名義 |  |
| 店  支店  出張所 | 普通（総合）・当座・貯蓄 | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

≪　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、ご捺印の上、**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てください。

* 補助金ごとに取りまとめてのお振込となります。**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。

※　**振込先**を必ずご記入ください。その他注意事項等については、裏面を参照してください。

枝番の記入は不要です

(組合記入欄)

整理番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号・番号  後期高齢者組合員証記号・番号 | | | 32－ 01234567 | | | | (枝番)  不要 | | | 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 | | 令和　**●年　●月　●日** | | | | **3,500円** |
| 生年月日 | **大正・昭和・平成　●●年●月　●日** | | | | | 第2回 | | 令和　　年　 月　　日 | | | | 円 |
| 実施医療機関名称 | | **医療法人　横浜診療所** | | | | | | | | | | 整理番号 |
| 受　　診　　者 | | | | | | ワクチン接種年月日 | | | | | | 費　　用  (組合記入欄) |
| 氏名 | **国保　花子** | | | 続柄 | **妻** | 第1回 | | | 令和　●**年　●月　●日** | | | **4,200円** |
| 生年月日 | **昭和・平成・令和●●年●●月●●日** | | | | | 第2回 | | | 令和　　年　 月　　日 | | | 円 |
| 実施医療機関名称 | | **神奈川医院** | | | | | | | | | | 整理番号 |
| 受　　診　　者 | | | | | | ワクチン接種年月日 | | | | | | 費　　用  (組合記入欄) |
| 氏名 | **国保　健太** | | | 続柄 | **長男** | 第1回 | | | 令和 **●年 ●月 ●日** | | | **4,200円** |
| 生年月日 | **昭和・平成・令和●●年●●月●●日** | | | | | 第2回 | | | 令和 **●年 ●月 ●日** | | | **4,200円** |
| 実施医療機関名称 | | **神奈川医院** | | | | | | | | | |  |

・

・

・