

《 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。

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・令和●●年●月●日	3,500円	
生年月日	大正●●年●月●日	続柄	妻	第2回	平成・令和 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・令和●●年●月●日	4,200円	
生年月日	昭和●●年●●月●●日	続柄	長男	第2回	平成・令和 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・令和●●年●月●日	4,200円	
生年月日	昭和●●年●●月●●日	続柄	長男	第2回	平成・令和●●年●月●日	4,200円	
実施医療機関名称		神奈川医院					

・  
・  
・

# 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	32-12345678	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・令和 元年11月20日	3,000円		
生年月日	大正 昭和 平成 令和 58年7月31日			第2回	平成・令和 年 月 日	円		
実施医療機関名称	〇〇診療所							
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・令和 元年11月20日	3,000円		
生年月日	昭和 平成 令和 2年1月15日			第2回	平成・令和 年 月 日	円		
実施医療機関名称	〇〇診療所							
受診者			ワクチン接種年月日			費用		
氏名	国保一郎	続柄	長男	第1回	平成・令和 元年10月25日	3,000円		
生年月日	昭和 平成 令和 30年9月10日			第2回	平成・令和 元年11月20日	3,000円		
実施医療機関名称	〇〇こどもクリニック							
受診者			ワクチン接種年月日			費用		
氏名		続柄		第1回	平成・令和 年 月 日	円		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			第2回	平成・令和 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・令和 年 月 日	円		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			第2回	平成・令和 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。）								
令和 元年 12月 1日								
組合員（本人）				住所 横浜市中区住吉町6-68				
				氏名 国保太郎 印				
				TEL 045-641-5418				
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	神奈川県歯科医師		銀行・信金・信組		フガナ	コクホ タロウ	
	店	普通 (総合)・当座・貯蓄			名義	国保太郎	
平塚	支店	口座番号	7 6 5 4 3 2 1				

※注意事項等については、裏面を参照してください。