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						整理番号 (組合記入欄)

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 (組合記入欄)

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 (組合記入欄)

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 (組合記入欄)

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 (組合記入欄)

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　　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		フリガナ	
	店 支店 出張所	普通（総合）・当座・貯蓄 口座番号	名　義	

≪　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

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 (組合記入欄)

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	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 (組合記入欄)

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	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					整理番号 (組合記入欄)

・
・
・