インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

令和 年 月 日

神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

次の者の補助金を申請します。

(申請者)

事業所住所

事業所名称

電話番号

事業主氏名

(事業主が加入していない場合は管理者)

1. 申請額

_____ 人 _____ 円

2. 予防接種を受けた被保険者 (組合員本人)

	被保険者番号	氏名	接種日	接種金額
1			月 日	円
2			月 日	円
3			月 日	円
4			月 日	円
5			月 日	円
6			月 日	円
7			月 日	円
8			月 日	円
9			月 日	円
10			月 日	円

3. 振込先

銀行・信金 /		支店 / 普通・当座	
口座番号		フリガナ	
		口座名義人	

※領収書に補助対象外の分が含まれていても構いません。

※全員が記載できない場合は、適宜申請書を追加してください。

事務長	係	支給決定日	支給決定額
			人 円

<注意事項>

1 次の内容が記載されている領収書のコピーを添付してください。

①接種者名（薬局宛でも可）

②医療機関名及び領収印

③接種費用

④但し書き（インフルエンザ予防接種代）

2 事業所単位で申請してください。

3 予防接種した年度の3月末日までに申請してください。