

組 合 員 各 位

埼玉県歯科医師国民健康保険組合
(公印省略)

令和4年度インフルエンザワクチン接種補助のご案内

本年度の標記補助事業を実施しますので、ワクチン接種後に下記のとおり組合事務局までご申請ください。

記

- 1 事業名 インフルエンザワクチン接種補助事業
- 2 対象者 本組合の被保険者でワクチン接種時に75歳未満である方
※ 接種時に後期高齢者（75歳）になられている方は補助対象外です。

- 3 補助金額 1回接種の場合2,000円まで
2回接種の場合4,000円まで

ただし、接種した代金が上記の補助金額に満たない場合は、実費分となります。

※ 13歳以上の方は、医師が特に必要と認める場合を除き「1回接種」が原則となっています。

※ 2回接種を受けられた方は、2回分をまとめて申請してください。

- 4 締切日 令和5年2月28日（火）必着

5 申請の流れ

- (1) 個人又は事業所で医療機関に予約を入れて、ワクチン接種を受ける。
(本組合指定の医療機関はありません。)
- (2) 医療機関で接種した代金を支払い、領収書を受け取る。
- (3) 別紙の申請書（裏面の記入例を参考）に記入し、領収書（レシート可）を添付して本組合へ郵送する。できるだけ事業所で接種した方を取りまとめて申請してください。
- (4) 指定した口座に補助金が振り込まれる（振込後に本組合から振込通知書を郵送します）。

6 その他

- ◆ 振込先は、原則として第1種組合員（事業主）にしてください。
- ◆ 領収書（レシート可）は、コピーでも構いません。
- ◆ 例年、締め切り間際での申請が多いので、早めに申請してください。

(問い合わせ)

埼玉県歯科医師国民健康保険組合 TEL048(829)2325

支給決議		
支給額		円
支給年月日	年 月 日	

理事長	常務理事	事務長	課長	係

記入例

令和4年度 インフルエンザワクチン接種補助金支給申請書

※太枠内のみ漏れのないよう記入してください
※1回で接種終了の場合は、2回目の欄に斜線を引いてください。
※1枚に書き切れない場合は、コピーして使用してください(切り貼りなどはしないでください)。

被保険者証記号・番号		資格	接種を受けた人の	接種日及び費用額		補助金額
記号	番号	(○を付ける)	氏名・年齢	1回目	2回目	(組合で記入)
0100	1010	本人・家族	埼玉太郎 (50歳)	12月20日 3500円		記入しないで下さい
0100	1010	本人・家族	埼玉花子 (10歳)	11月11日 3500円	11月25日 3500円	
0100	1010	本人・家族	埼玉 愛 (40歳)	11月11日 3500円		
0100	1010102	本人・家族	熊谷和夫 (37歳)	11月25日 3500円		
0100	1010103	本人・家族	浦和明子 (30歳)	1月20日 6000円		
0100	1010103	本人・家族	浦和次郎 (35歳)	2月16日 5000円		
		本人・家族		月 日 円	月 日 円	円
申請は令和5年2月28(火)必着				月 日 円		円
		本人・家族		円	円	円
		本人・家族		月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族		円	月 日 円	円
		本人・家族		日 月 年 円	日 月 年 円	円
↓ 添付書類はワクチンを接種した事と金額が分かるもの				↓ 組合で記入する箇所なので無記入 ↓		
添付書類: 領収書(レシート可・コピー可)				名	補助合計	円

振込先	埼玉りそな 銀行・信金・信組 大宮 支店			
	フリガナ	サイシ タロウ	口座番号	普通 当座
	口座名義	埼玉 太郎	No. 8292325	

申請は各事業所でとりまとめ、できるだけ院長先生の口座を指定してください。
ただし、事業所内で接種した人が第2種のみだった場合は、振込先が第2種の口座でも構いません。
振込先の名義は略さず、銀行への登録通りに、また、フリガナも必ず記入してください。

令和 4年 12月 24日

申請者: 第1種組合員(事業主)
診療所住所 〒 330-0075

振込先に関わらず、第1種組合員の署名・捺印をお願いします。

さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65-5F
埼玉 太郎 印 埼玉

埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

支給決議	
支給額	円
支給年月日	年 月 日

理事長	常務理事	事務長	課長	係

令和4年度 インフルエンザワクチン接種補助金支給申請書

※太枠内のみ漏れのないよう記入してください。
※1回で接種終了の場合は、2回目の欄に斜線を引いてください。
※1枚で書き切れない場合は、この用紙をコピーして使用してください。

申請締切日
令和5年2月28日

被保険者証記号・番号		資格 (○を付ける)	接種を受けた人の 氏名・年齢	接種日及び費用額		補助金額 (組合で記入)
記号	番号			1回目	2回目	
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
		本人・家族	(歳)	月 日 円	月 日 円	円
※ 添付書類：領収書（レシート可・コピー可）				名	補助合計	円

振 込 先	銀行・信用金庫・信用組合			支店	
	フリガナ		預金種類・ 口座番号	普通	No.
	口座名義			当座	

上記のとおり申請します

令和 年 月 日

申請者：第1種組合員(事業主)
〒
診療所住所
氏 名

印

埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様