

# インフルエンザ補助金支給申請について

【 記 入 方 法 】	記入に不備があった場合、補助が受けられない場合があります。
① 記 号 ・ 番 号	接種した方の記号・番号をご確認の上、 <u>必ずご記入</u> ください。 ※資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルのいずれかでご確認ください。
② 被 保 険 者 氏 名	接種した方の氏名をご記入ください。また、ふりがなもご記入ください。
③ 組 合 員 区 分	該当する組合員区分に○（マル）をつけてください。（1つ）
④ 接 種 日	接種した日をご記入ください。
⑤ 接 種 場 所	該当する方に○（マル）をつけてください。
⑥ 補 助 金 額	補助金額は、ワクチンの費用や種類・接種回数に係わらず年度内一人1回限りのご申請で3,000円を上限に補助します。
	接種費用を個人負担された場合 (ア) 負担額が3,000円に満たなかった場合は、 <u>実際に負担した金額を補助金として支給させていただきます。</u> (イ) 負担額が3,000円を超えた場合は、補助上限である3,000円となります。 ※個人負担された場合は、支払時に発行された領収書を必ず添付してください。
⑦ 所 在 地 ・ 名 称	提出日及び事業所所在地・名称・事業主名をご記入ください。
⑧ 振 込 口 座	○振込先の口座について「 <u>もれなく</u> 」「 <u>はっきりと</u> 」ご記入ください。 ○ <u>申請書が2枚以上</u> になる場合は、 <u>1枚目にご記入いただければ結構です。</u>
【 添 付 書 類 】	添付が無い場合、補助が受けられません。添付書類は「コピー」で結構です。
自院接種の場合	○ワクチン購入時に納入業者等より発行された「納品書」「領収書」「仕切書」のうち <u>どれか1つ</u> 。（ <u>接種日より前に発行された納品書等を添付</u> してください。） ○自院に費用を支払った場合は、ワクチンの納品書等ではなく、支払時に発行された領収書。（2回接種した方は2回分の領収書を添付してください。）
他院接種の場合	○接種を受けた医療機関が発行した領収書。（2回接種した方は、2回分の領収書を添付してください。）
【 そ の 他 】	ご不明な点は、お問い合わせください。
<p>○補助金の申請は、年度内一人1回限りとなっております。2回接種した方は、1度にまとめてご申請ください。</p> <p>○記入しきれない場合は、お手数でございますが申請書をコピーしていただくか、当組合までご用命ください。また、組合ホームページよりダウンロードも可能です。</p> <p>○接種した時点（接種日）で当組合に加入していない方は、補助金支給の対象となりません。</p> <p>○前年度のインフルエンザ補助金、またその他保健事業の補助金申請は、既に受付を終了させていただいておりますので申請できません。何卒ご了承ください。</p>	

常務理事	事務長	担当者

☆実施期間は令和9年3月21日実施分まで。  
 申請期限は令和9年3月31日医師国保組合到着分までです。

## 令和8年度 感染症予防対策事業補助金支給申請書 (インフルエンザ)

① 記号・番号		② 被保険者氏名	③ 組合員区分	④ 接種日	⑤ 接種場所	決
千医国		ふりがな	・第1種組合員 ・第1種特別組合員 ・第2種組合員 ・家 族	令和 . .	・自院 ・他院	
千医国		ふりがな	・第1種組合員 ・第1種特別組合員 ・第2種組合員 ・家 族	. .	・自院 ・他院	
千医国		ふりがな	・第1種組合員 ・第1種特別組合員 ・第2種組合員 ・家 族	. .	・自院 ・他院	
千医国		ふりがな	・第1種組合員 ・第1種特別組合員 ・第2種組合員 ・家 族	. .	・自院 ・他院	
千医国		ふりがな	・第1種組合員 ・第1種特別組合員 ・第2種組合員 ・家 族	. .	・自院 ・他院	

⑥ 補助金額 (申請書が2枚以上になる場合は、1枚目に人数及び金額の合計を記入してください。)			
(ア) 補助金額	(イ) 人数	(ア) × (イ)	合計
3,000 円	人 (A)	(A)	(A) + (B)
※補助金額が3,000円に満たない方は、金額及び人数を下記にご記入ください。			
円	人 (B)	(B)	円

⑦ 上記のとおり、必要書類を添付し申請いたします。

令和 年 月 日

医療機関所在地  
 医療機関名称  
 事業主名

千葉県医師国民健康保険組合理事長 様

⑧ 振込口座	銀行・支店名	銀行		支店	店番号		
	口座種別	普通・当座	口座No.				
	フリガナ						
	口座名義						