インフルエンザ予防接種補助金の申請について

インフルエンザ予防接種をした方に対し補助金を支給していますのでご利用ください。
回数の制限はありませんので、お子様など年に2回以上接種する人はまとめてご申請いただけます。

資格区分	補助金額
組合員とその家族	2,000円／1回

＊接種費用が1,000円未満（消費税含）の自己負担の時は補助の対象外です。
＊接種費用が補助金額未満の時は実費負担分までの補助となります。
＊家族の方は当組合の加入者に限ります。

1 個人申請する時

接種時

1「インフルエンザ予防接種補助金交付申請書」に必要事項をご記入のうえ、接種時に必ず医療機関に持参し、接種証明を受けてください。
2 接種時に、医療機関から**接種日・ワクチン名（インフルエンザ）・接種者名が個別にわかる領収書**を発行してもらってください。

申請時

3 予防接種後、下記を組合に申請してください。
- 「インフルエンザ予防接種補助金交付申請書」（医療機関の証明のあるもの）
- **「接種日・ワクチン名（インフルエンザ）・接種者名が個別にわかる領収書原本」**

■申請人は接種した者の属する世帯の組合員
■振込口座は申請人である組合員の口座（申請人と振込口座が同一人）

2 事務所申請する時（※事業主が、雇用する職員及びその家族のインフルエンザ予防接種の費用を支払った場合）

接種時

1「インフルエンザ予防接種補助金交付申請書（事務所一括用）」に必要事項をご記入のうえ、接種時に必ず医療機関に持参し、接種証明を受けてください。
2 接種時に、医療機関から**接種日・ワクチン名（インフルエンザ）・事業所または事業主名義の領収書**を発行してもらってください。

申請時

3 予防接種後、下記を組合に申請してください。
- 「インフルエンザ予防接種補助金交付申請書（事務所一括用）」（医療機関の証明のあるもの）
- **「接種日・ワクチン名（インフルエンザ）・事業所または事業主名義の領収書原本」**
- 「インフルエンザ予防接種・被接種者一覧」（代表者の証明印が必要）

■申請人は事業主
■振込口座は事業主の口座（個々への振込希望時は各組合員の口座も可能）

※領収書原本の返却をご希望される場合は、申請時に一筆お書きください。後日返却します。
※申請書類は当組合ホームページ（http://www.ka-z-kokuho.or.jp/）からダウンロードするか、規約・規程集の中に様式が入っていますので、コピーしてご使用ください。

●「インフルエンザ予防接種補助金交付申請書」の記入例と注意点●

（表）

様式　第21号

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円	理事長	副理事長	専務理事	事務長	次長	課長	係

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

被保険者証又は組合員証の記号・番号	1	0	0	－	1	2	3	4	5	6

	接種を受けた者の氏名	本人・家族の区分	接種費用	接種を受けた日
1	国保　健太（組合員）	本人・家族	2,500円	平成30年11月22日
2	国保　康子（妻）	家族	2,500円	平成30年12月24日
3	国保　まもる（子）	家族	1,500円	平成30年12月24日
4				
5				

※医療機関証明日は、「接種を受けた日」が一番遅い日付以降にしてください。

※補助金額は上限2,000円までの実費に対して支払われます。
例：2,500円（支払）→2,000円（支給）
1,500円（支払）→1,500円（支給）

医療機関証明欄

上記のとおり接種したことを証明します。

平成30年12月24日

所在地
医療機関　㊞
名　称

※医療機関ごとに証明欄へ署名・押印をもらってください。署名・押印がもらえず、「接種証明」が発行された場合は、申請書と併せて郵送してください。

上記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

事務所住所　〒
事務所名称
申請人（組合員）
事務所電話番号
組合員氏名　㊞

関東信越税理士国民健康保険組合理事長　様

振込先金融機関名		支店名	店
口座	貯蓄	フリガナ	
		名義人	

※申請人（組合員）と補助金の振込口座名義は同一の名義となります。

※組合員の世帯ごとに申請する場合にご利用ください。
※接種を受けられる際は、この書類を医療機関に持参し、太枠の中に証明を受けてください。
※裏面の注意事項を必ずお読みになってから申請してください。

○必要書類・・・【領収書（原本）※利用者が個別にわかる医療機関発行のもの】

医療機関へのお願い

日頃より、当組合の運営にご協力いただきありがとうございます。
当組合では、保健事業の一環としてインフルエンザ予防接種を受けた被保険者に対し、接種費用の一部を補助しております。
つきましては、お手数ですが太枠の中に証明くださいますようお願いいたします。

（裏）

領収書等を添付できない場合や医療機関から証明を断られた場合は、以下に添付不能理由をご記入のうえ、署名・捺印してください。

領収書（接種証明）・添付不能理由書

添付不能理由	

上記のとおり添付書類の添付ができませんので、届出いたします。

申請人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿印

※医療機関から接種証明を断られてしまった場合や、証明に費用がかかる場合は、その旨の理由を記載ください。

※申請人の署名・押印もれのないようにお願いします。