受領印

理事長	副理事長	常務理事	常務理事	事務長	係

予防接種費用助成金申請書

区　　分	□ 新型ｺﾛﾅﾜｸﾁﾝ　□ 定期接種　□ 任意接種
	□ 成人用肺炎球菌ﾜｸﾁﾝ（23価肺炎球菌莢膜ﾎﾟﾘｻｯｶﾗｲﾄﾞﾜｸﾁﾝ）
	□ 帯状疱疹ﾜｸﾁﾝ　（不活化/組換ﾜｸﾁﾝ）＊２回目接種後申請
接種場所	□ 自院接種　□ 他院接種　□ 自院及び他院接種

被保険者番号は「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」に記載

申請者の被保険者番号又は組合員番号 第三種組合員は7桁								-		

事業所名	

別紙、必要書類を添付の上申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　　〒

第一種

第三種　組合員　　住 所

第二種

氏 名　　㊞

秋田県医師国民健康保険組合理事長　様

申請者の 振込口座 （事業所口座不可）	銀　行 信用金庫　　支店	普　通 当　座	No.									
	(カタカナ)											
	口座名義											

※以下組合記入欄

内　訳 （接種者名簿より）	□ 新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽﾜｸﾁﾝ			＿＿人	＝＿＿＿円	①
	□ 成人用肺炎球菌ﾜｸﾁﾝ	@ 4,500 円	×	＿＿人	＝＿＿＿円	②
	□ 帯状疱疹ﾜｸﾁﾝ	@ 10,000 円	×	＿＿人	＝＿＿＿円	③
		（@ 5,000 × 2回 ）				
支払年月日	令和　　年　　月　　日	支払決定額 （①＋②＋③）			円	

【申請に必要な書類】

□ 予防接種費用助成金申請書（本紙）
□ ワクチン接種者名簿
□ 接種したﾜｸﾁﾝが特定できるもの（接種済証明書（写）、予診票（写）など）
□ 領収書（写）

【申請者について】

□ 申請者は組合員としておりますので、医師国保加入のご家族分の申請は組合員が申請してください。