

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	<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン <input type="checkbox"/> 定期接種 <input type="checkbox"/> 任意接種
	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌ワクチン（沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン）
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹ワクチン（不活化/組換えワクチン）* 2回目接種後申請
接種場所	<input type="checkbox"/> 自院接種 <input type="checkbox"/> 他院接種 <input type="checkbox"/> 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																
<p>別紙、必要書類を添付の上申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 氏名</p> <p>第一種 住所</p> <p>第三種 組合員</p> <p>第二種</p> <p>秋田県医師国民健康保険組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">印</p>																
申請者の 振込口座 (事業所口座不可)	銀行 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)	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスワクチン	_____ 人 = _____ 円 ①	
	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌ワクチン @ 7,000 円 × _____ 人 = _____ 円 ②		
	<input type="checkbox"/> 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（お一人の申請の場合でもご提出ください）
- 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)（自家接種の場合でもご提出ください）

【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。