

予 防 接 種 助 成 金 支 給 申 請 書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	建 設			接種者氏名	
				生 年 月 日	年 月 日
接 種 年 月 日	年 月 日				
ワクチンの種類					
費 用 額	円				
接種医療機関等	名 称				
	所 在 地				
申 請 金 額 円 上記のとおり、予防接種助成金の支給を申請いたします。 尚、給付金は下記金融機関の口座へ振込み願います。 年 月 日 埼玉県建設国民健康保険組合理事長 殿 組 合 員 住 所 _____ 氏 名 _____ 印					

振 込 先	銀 行 本店	
	金 庫 支店	
	農 協 支店	
	口座番号	普通 No.
	フリガナ	
	名 義 人	

支 給 金 額	円	
地本取扱者印	受 付 印	支 払 印

※ワクチン接種に対して費用額の50%（上限：年度内1人2,000円）の実費補助となります。

※領収書の写しを添付して下さい。（□接種者氏名 □接種日 □ワクチンの種類 □医療機関名 の記載があること）

項目の記載がない場合は、診療明細書、接種済証明書、母子手帳などの写しもあわせて添付して下さい。