支給決議	支給額	円	理事長	常務理事	担当理事	事務長	次長	担当者	台帳
	決定年月日	年　月　日							
	支給年月日	年　月　日							

成人向け（65歳以上）肺炎球菌ワクチン
接種補助金申請書

被保険者証 記号	被保険者証 番号	接種した方の氏名 生年月日・年齢	性別	続柄	接種日
千歯国		年　月　日（　）	男 女		年　月　日
接種費用額		円	肺炎球菌ワクチン接種分とわかるもの **※領収証添付**		
送金方法（○をつけて下さい）		1．組合に登録済みの各人の給付金口座に振込 2．組合に登録済みの先生の給付金口座に振込			

自治体からの助成の確認　お住まい地の市区町村より助成がある場合があります。
市区町村からの発行物等をご覧いただき、助成がある場合はそちらもご活用ください。

【下記の質問にお答えください】

質問1　自治体からの助成を受けている、またはこれから受ける予定がありますか。
（ はい ・ いいえ ）
→「はい」と答えた方のみ、お答えください。

質問2　お住まいの市区町村名をご記入ください。
（　　）

質問3　添付している領収証は助成を受けた後のものですか。
（ はい ・ いいえ ）

上記のとおり申請します。　令和　年　月　日

申請人（組合員）　住所
氏名　㊞

千葉県歯科医師国民健康保険組合理事長　様

対象年齢　65歳以上の加入者（後期高齢者の組合員の方も含みます）

補助内容　1回接種につき3,000円まで
※前回の接種より5年以上経過してからの接種であれば、再申請できます。

DL