

記入例

様式第40号

事務局長	事務局次長	課長	担当者

インフルエンザ予防接種補助金申請書

*は、記入しないでください。

※赤字の部分を記入してください。

※緑枠の部分の記入にあたっては、当記入例の2ページをご確認ください。

被保険者の記入欄	被保険者証記号番号	組合員氏名		生年月日		
	1799999	建設 太郎		昭和 平成	○ ○ × × △ △	
	接種を受けた方の氏名	接種を受けた年月日	接種を受けた医療機関の名称	費用額	他制度からの補助	※支払決定額
	建設 太郎	○ ○ 年 × × 月 △ △ 日	○ × クリニック	2,000円	有・無	①
	建設 花子	○ ○ 年 × × 月 △ △ 日	○ × クリニック	4,800円	有・無	
	建設 一郎	○ ○ 年 × × 月 △ △ 日	△ △ 病院	3,800円	有・無	
	建設 次郎	○ ○ 年 × × 月 △ △ 日 ○ ○ 年 × × 月 △ △ 日	○ × クリニック ○ × クリニック	1,500円 1,500円	有・無	②
		年 月 日		有・無		

上記のとおり申請いたします。

平成 ○ ○ 年 × × 月 △ △ 日 〒 1 2 3 - 4 5 6 7

組合員 住所 ○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ △ □ 1 - 2 - 3

氏名 建設 太郎 (建設)

電話(日中連絡先) 0 3 (3 5 0 4) 1 2 4 1 (3)

建設連合国民健康保険組合殿

振込先金融機関	銀行	○ △	銀行 信金 労金 農協	× □	本店 支店 出張所	1: 普通 2: 当座 3: 貯蓄	1 2 3 4 5 6
	ゆうちょ銀行		記号	番号(右につめて記入してください)			

口座名義(カナ) ケ ン セ ツ タ ロ ウ

(注) 補助金は直接本部より口座に振り込みます。

《申請をするときの注意》

1. 申請には『領収書のコピー(接種を受けた方、金額、内容が明らかなもの)』が必要です。
2. インフルエンザ予防接種補助は、被保険者(組合員と家族)一人につき年度内4,000円までの実費が支給されます。(年度の区切りは4月から翌年3月まで)
3. この申請書は、所属の支部へ提出してください。
4. 提出してから振込までは、1ヶ月~2ヶ月かかります。

記入する際の注意点（ポイント）

①

他制度からの補助があった場合の費用額は、実際に支払った額（補助額を除いた額）を記入して下さい。

②

一人につき、2回分の申請がある場合は、それぞれの日付や金額を記入して下さい。

③

振込先金融機関は、正確に記入して下さい。
記載事項に誤りがあると振込できません。

事務局長	事務局次長	課長	担当者

インフルエンザ予防接種補助金申請書

*は、記入しないでください。

被保険者の記入欄	被保険者証記号番号		組合員氏名		生 年 月 日		
					昭和・平成	年	月 日
	接種を受けた方の氏名	接種を受けた年月日	接種を受けた医療機関の名称	費用額	他制度からの補助	*支払決定額	
		年 月 日			有・無		
		年 月 日			有・無		
		年 月 日			有・無		
		年 月 日			有・無		

被保険者の記入欄	上記のとおり申請いたします。					
	平成 年 月 日	〒				
	組合員 住所					
	氏名					
	電話(日中連絡先) ()					
建設連合国民健康保険組合殿						
振込先金融機関	銀行	銀行 信組 信金 労金 農協	本店 支店 出張所	預金種類 1:普通・貯蓄 2:当座 3:貯蓄	番号(右につめて記入してください)	
(銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方にご記入ください)	ゆうちょ銀行	記 号	番号(右につめて記入してください)			
口座名義(カナ)						

(注) 補助金は直接本部より口座に振り込みます。

◎被保険者の皆様へ

1. ワクチン接種にあたっては、医師と十分に相談してください。
2. インフルエンザ予防接種補助は、一人につき年度4,000円までの実費が支給されます。(年度の区切りは、4月から翌年3月まで)
3. 領収書のコピーは、接種を受けた方、金額、内容の明らかなものを添付してください。

		支払決定件数	
*本部決裁欄	右のとおり支給額を決定してよろしいか	支払決定額	円

