

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。

組 合 員 の 記 入 欄	被保険者証記号番号		組合員氏名			生 年 月 日			
						昭・平・令	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				
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 (〒 -) 住所 組合員 氏名 _____ 印 ※自署の場合は押印省略可 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	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)		銀行	記 号	番号(右につめて記入してください)					
		ゆうちょ銀行							
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

- 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。
- インフルエンザ予防接種補助は、一人につき年度6,000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)ただし、平成31年3月31日以前の接種分は4,000円までの実費となります。
- 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。

本部 決 裁 欄	備考								支払決定件数		件
	※右のとおり決定してよろしいか		支払	不払	支給決定額						円

本 部
受 付 印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支 部
受 付 印