様式第４０号

# 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 | |
| | 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

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・ゆうちょ銀行のいずれか一方にご記入ください）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 銀行 | 銀行　信組<br>信金　労金<br>農協 | 本店<br>支店<br>出張所 | 預金種類 1：普通・総合 2：当座 3：貯蓄 | 番号（右につめて記入してください） |
| 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。
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。

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

本部控