

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			

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		印			
	建設連合国民健康保険組合殿		電話(日中連絡先) ()			
	振込先金融機関		番号(右につめて記入してください)			
	銀行	銀行 信組 信金 労金 農協	本店 支店 出張所	預金種別 1:普通総合 2:当座 3:貯蓄		
	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

- 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)
- 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

本部
受付印

支部
受付印