

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	係長	係	年月日

## インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

保険証番号	35-	組合員氏名	
-------	-----	-------	--

接種者氏名 生年月日	区分	接種日		医療機関名		
		2回接種法のみ2回目記入		支払額 (2回法は合算)	申請額 (2,000円限度)	
昭・平・令 年 月 日生	本人 家族	平成・令和 年 月 日	医療機関			
		2回目 年 月 日	支払額		申請額	
昭・平・令 年 月 日生	本人 家族	平成・令和 年 月 日	医療機関			
		2回目 年 月 日	支払額		申請額	
昭・平・令 年 月 日生	本人 家族	平成・令和 年 月 日	医療機関			
		2回目 年 月 日	支払額		申請額	
昭・平・令 年 月 日生	本人 家族	平成・令和 年 月 日	医療機関			
		2回目 年 月 日	支払額		申請額	

領収書の写しを必ず添付して下さい。(下記の注意事項③を参照)				申請額合計	
--------------------------------	--	--	--	-------	--

送金先 ※組合員の口座を記入	金融機関	銀行 信用金庫	支店名	支店	1.普通 2.当座
	口座番号	フリガナ			
		組合員口座名			

上記の通りインフルエンザ予防接種補助金の支給を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号 \_\_\_\_\_

組合員住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

組合員氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

神奈川県建設業国民健康保険組合理事長 殿

注 意 事 項	① 市区町村(65歳以上の方他)等の予防接種の補助を受けた場合は、補助はありません。
	② 補助は一人2,000円を限度に実費を支給。年度内1回です。
	③ 領収書には、医療機関名・接種日・接種者氏名・金額・インフルエンザ予防接種である旨、の記載が必要です。医療機関に記載を依頼してください。

処 理	整理番号	入力年月日	支給年月日	人数	支給決定額