

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	1:普通 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

- 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)
- 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。
- 記入する際は、消せるボールペンを使用しないでください。

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

記入例

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。

被保険者証記号番号 1799999		組合員氏名 建設 太郎		生 年 月 日 昭・平 令 ○ ○ × × △ △		
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	○×クリニック	3,000円	有・無		
建設 次郎	年 月 日			有・無		
上記の通り申請いたします。 令和○○年××月△△日 (〒123 - 4567) 住所 ○○県○○市○△□1-2-3 組合員 氏名 建設 太郎 (建設) ※自署の場合は押印省略可 電話(日中連絡先) 03 3504 1241 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		口座番号(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)		記号		1 2 3 4 5 6 7		
ゆうちょ銀行		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)
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。

※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。
 ※赤字の部分を記入してください。(記入する際は、消せるボールペンは使用しないでください。)

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。