

インフルエンザ予防接種補助金申請書

インフルエンザ予防接種にかかる補助金を下記のとおり申請します。

組合員が記入する欄	被 保 険 者 証 記 号 番 号				フリガナ		
	記号	90	番号	番号	組 合 員 氏 名		
	No	接 種 者 の 氏 名		続 柄	接 種 日	医 療 機 関 名	備 考
	1				平成 年 月 日		
	2				平成 年 月 日		
	3				平成 年 月 日		
	4				平成 年 月 日		
5				平成 年 月 日			
6				平成 年 月 日			
申 請 年 月 日				平 成 年 月 日			

中央建設国民健康保険組合 理事長殿

注 意 事 項

- ◇予防接種を受けるにあたり、事前に医師とよくご相談下さい。
- ◇支払った接種費用にかかわらず2,000円を補助します。
- ◇季節性、流行性などインフルエンザの種類は問いません。
- ◇年度中（4月1日～翌年3月31日）に1人につき2回の支給となります。
- ◇上記太枠内に必要事項をご記入の上、インフルエンザ予防接種を受けたことがわかる（接種を受けた人、接種日、医療機関名の記載された）以下のいずれかの証明を添付して下さい。
 - ①領収書の原本
 - ②「接種済証明書」「母子手帳」などの写し
 - ※①だけでは予防接種の種類が特定できない、接種をうけた方の氏名が確認できないなどの場合には、組み合わせて添付していただくようお願いいたします。
- ◇ご記入いただいた個人情報は、補助金の支給および集計にのみご利用させていただきます。

本 部 受 理	処 理 扱 者		
年 月 日			

支 部 受 理	扱 者 出張所長	
年 月 日		