

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	チュウケン タケシ							
	記号	90	1	3	9	2	番号	1	0	0	1	組 合 員 氏 名	中建 健	
	枝番	接種者の氏名			続柄	接 種 日			医療機関名	備考				
	0	3	中建 さくら			子	令和3年 10 月 1 日			病院				
							年 月 日							
							年 月 日							
							年 月 日							
申 請 年 月 日								令和3年 10 月 10 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ください。
- ◇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。
- ◇太枠内に必要事項をご記入の上、以下の書類を添付してください。
 - ①接種済証明書(写) ②領収書原本 ③診療明細書(写) ④母子手帳(写) など
 - ※④母子手帳の場合は、表紙と予防接種の記録ページが必要です。
- ◇添付書類において、『インフルエンザ』の予防接種であることが特定できない、または、接種者氏名、接種日、医療機関名が確認できない場合は、①～④を組み合わせ添付していただくようお願いします。
- ◇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使用いたします。

本 部 受 理	処 理				扱 者
	年 月 日				

支 部 受 理	扱 者	出張所長
	年 月 日	