

肺炎球菌予防接種補助金申請書

肺炎球菌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 記 号 番 号				フリガナ		
	記号	90		番号		組合員氏名	
	枝番	接種者の氏名		続柄	接種日	実施市区町村名	備考
					令和 年 月 日		
					令和 年 月 日		
				令和 年 月 日			
				令和 年 月 日			
申 請 年 月 日				令和 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ください。
- ◇ 市区町村が実施する定期接種が補助の対象となります。任意接種は対象外です。
- ◇ 支払った接種費用にかかわらず2,000円を1人につき1回補助します。
- ◇ 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
- ◇ 添付書類において肺炎球菌定期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、市区町村名(医療機関名)が確認できない場合は、市区町村から送付された接種案内等をあわせて提出してください。
- ◇ 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 No.	扱 者
	年 月 日	

支部受理	扱 者	出張所長
	年 月 日	