

インフルエンザ予防接種費用助成金支給申請書

○請求者(組合員)

被保険者証番号	組合員氏名	住 所
		Tel - -

○接種者

被保険者氏名	生 年 月 日	接 種 日	窓口負担金額	備 考 (組合記入欄)
	平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	円	
	平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	円	
	平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	円	
	平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	円	
	平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	円	
			※支給決定額 (組合処理欄)	円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので助成金を申請いたします。

また、本請求に基づく助成金の受領を下記に委任します。

令和 年 月 日

組合員氏名

印

[署名(自筆)の場合は、押印不要]

静岡県建設産業国民健康保険組合理事長 様

【委任先】

支 部 名

支 部 長 名

《申請時の注意》

1. 支給対象者は、18歳以下の被保険者とし、対象者一人につき年度内1回1,500円までを限度として助成します。
2. 申請には領収書(医療機関名・接種者名・接種日・金額・内容の明らかなもの)が必要です。
3. 申請期間は年度末までとなっております。期間を過ぎますと支給対象となりませんのでご注意ください。
4. 助成金は支部長宛に振込させていただきますので、ご承諾と支部に申請書をご提出願います。

本 部
受 付 印

支 部
受 付 印