様式第69号

インフルエンザ予防接種助成金申請書

被保険者証番号	富建　　－

（　　地域組合）

予防接種を受けた方	氏名	生年月日	インフルエンザ予防接種日	費用	市町村の助成	添付書類	【国保記入欄】支給額
		（昭和・平成・令和）　年　月　日生	令和　年　月　日	円	（有・無）	□氏名 □予防接種の種類 □医療機関名 □金額 上記が記載された領収書（コピー可）	円
			令和　年　月　日	円			
		（昭和・平成・令和）　年　月　日生	令和　年　月　日	円	（有・無）		円
			令和　年　月　日	円			
		（昭和・平成・令和）　年　月　日生	令和　年　月　日	円	（有・無）		円
			令和　年　月　日	円			
		（昭和・平成・令和）　年　月　日生	令和　年　月　日	円	（有・無）		円
			令和　年　月　日	円			
		（昭和・平成・令和）　年　月　日生	令和　年　月　日	円	（有・無）		円
			令和　年　月　日	円			

注1：10月～12月の期間中の接種に限り、被保険者お一人につき、上限額2,000円を年度内1回補助します。 注2：2回法の場合、2回分をまとめて申請してください。総費用のうち上限額2,000円を補助します。	合計　円	備考欄	総額　円

上記のとおり申請します。

なお、支給金の受領方を　＿＿＿＿＿地域建築組合長　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　に委任します。

令和　　年　　月　　日

富山県建設国民健康保険組合理事長　殿

申請者（組合員）　住所　〒

氏名　　㊞

理事長	常務理事	事務局長	合議	主務者	支給総額	支出年月日	受付印
					円	年　月　日	

R2.4　100×40 Ⓣ