様式第69号

記入例

インフルエンザ予防接種助成金申[illegible]

赤字・赤枠：申請者
緑枠　　：地域組合
青枠　　：国保組合

被保険者番号　富建 ●● － ●●●●

※申請者は太枠内をご記入ください。

ご確認ください

地 ●●

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	市町村等の助成	添付書類	国保組合記入欄
●● ●●	（昭和）・平成・令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日生	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 令和 年 月 日	X，XXX 円 円	有・（無）	「インフルエンザ」もしくは「フルミスト」や「経鼻」の明記がある領収書を添付してください。	円
●● ▲▲	昭和・（平成）・令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日生	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 令和 年 月 日	X，XXX 円 円	有・（無）	＊領収書に「インフルエンザ」もしくは「フルミスト」や「経鼻」の明記がない場合は、以下①もしくは②でご対応ください。 ①明細書を追加で添付 ②領収書の空白に「インフルエンザ」もしくは「フルミスト」や「経鼻」と記入 ＊明細書のみの添付は不可 ＊領収書等のコピー可	円
●● ○○	昭和・平成・（令和）●● 年 ●● 月 ●● 日生	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 令和 年 月 日	X，XXX 円 円	（有）・無		円
●● □□	昭和・平成・（令和）●● 年 ●● 月 ●● 日生	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日	XXX 円 XXX 円	（有）・無		円
	・平成・令和	令和 年 月 日	円	無		円
						総額 円

子供など2回法で接種された場合

「費用」欄：実際に支払われた金額をご記入ください。
※県や市町村の助成などがあった場合は、助成分を差し引いた金額をご記入ください。（自己負担分のみ記入）
※「とみいくデジタルポイント」でお支払いされた場合（「とみいくデジタルポイント」は県の助成です。）
・全額を「とみいくデジタルポイント」を使われた場合：助成の対象外（自己負担がないため）
・自己負担の一部を「とみいくデジタルポイント」を使われた場合：自己負担分を上限2,000円まで建設国保が助成

例）病院の接種料金が3,500円で、県や市町村の助成で3,000円がある場合
・病院の接種金額　　：3,500円
・県や市町村の助成　　：3,000円
・病院で実際に支払った金額　：　500円　←この金額（領収書の金額）を記入する

[illegible]さい。

・地域組合記入欄
・組合長印は必要

国保組合記入欄

なお、支給金の受領方を ◆◆ 地域建築組合長 ◆◆ ◆◆ 印 に委任いたします。

添付書類を確認し添付いたしましたので、申請いたします。

令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日

申請者（組合員）住所 ●● 市 ●● 町 ●● 番地

氏名 ●● ●●

申請者の押印は**不要**

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

R8.9改（202609 100x5）