

インフルエンザ予防接種助成金申請書

被保険者番号		富建		—		※申請者は太枠内をご記入ください。		(		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		市町村等の助成		添付書類		国保組合記入欄		
			(昭和 ・ 平成 ・ 令和)		令和 年 月 日		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		
			年 月 日生		令和 年 月 日		円						円		
			(昭和 ・ 平成 ・ 令和)		令和 年 月 日		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 *明細書のみ添付は不可 *領収書等のコピー可		円		
			年 月 日生		令和 年 月 日		円						円		
			(昭和 ・ 平成 ・ 令和)		令和 年 月 日		円		有 ・ 無				円		
			年 月 日生		令和 年 月 日		円						円		
			(昭和 ・ 平成 ・ 令和)		令和 年 月 日		円		有 ・ 無				円		
			年 月 日生		令和 年 月 日		円						円		
			(昭和 ・ 平成 ・ 令和)		令和 年 月 日		円		有 ・ 無				円		
			年 月 日生		令和 年 月 日		円						円		
			(昭和 ・ 平成 ・ 令和)		令和 年 月 日		円		有 ・ 無				円		
		年 月 日生		令和 年 月 日		円				円					
※ 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。 ※ 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。 ※ 被保険者番号が同じ組合員世帯ごとに申請してください。(1枚の申請書に違う被保険者番号の被保険者を記入しないでください。) ※ お支払い金額が明記されていない場合は受理できかねますので、ご注意ください。 ※ 「インフルエンザ」もしくは「フルミスト」や「経鼻」の明記がない添付書類の場合、返却させていただきます。 (インフルエンザの予防接種とわからない予防接種は支給対象外です。)												総額		円	

富山県建設国民健康保険組合理事長 殿

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 〇 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
氏名

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	