

処理・決済	支部受付	国保受付	係長	課長	事務局次長	事務局長	常務理事	専務理事	送金

インフルエンザ予防接種 補助金申請書

国保記入欄	支給決定人数・金額	
	人	円

埼玉土建国民健康保険組合理事長 様

●下記のとおりインフルエンザ予防接種補助金を申請します。

保険証番号	玉 306 ()	申請日	20 年 月 日
組合員氏名		電話番号	()
住所			
補助金の振り込み先は、私の「一部負担払戻金」口座にしてください。			

補助券を使わずに予防接種を受けた人が申請できます

接種者氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 () 歳
接種年月日 (1回目)	20 年 月 日	接種年月日 (2回目)	20 年 月 日

接種者氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 () 歳
接種年月日 (1回目)	20 年 月 日	接種年月日 (2回目)	20 年 月 日

接種者氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 () 歳
接種年月日 (1回目)	20 年 月 日	接種年月日 (2回目)	20 年 月 日

接種者氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 () 歳
接種年月日 (1回目)	20 年 月 日	接種年月日 (2回目)	20 年 月 日

添付書類 (裏面に糊付)	接種医療機関発行の「 領収書 」(原本) ・領収書は「接種者名」「接種日」「インフルエンザ予防接種」代金と明記されたもの ・13歳未満で2回接種を受け、2回分の補助申請をする場合は、2回分の「領収書」が必要です
-------------------------	--

○国保組合は、あなたがこの申請書に記入・貼付した個人情報を基に国民健康保険法・令、国保組合格約・規程にしたがい補助の是非を判断します。また、申請上知りえた個人情報をあなた以外の第三者に提供しません。

『添付書類』を

はがれないように、しっかりとのり付けしてください。



領収書は医療機関名、接種日、接種者名、インフルエンザ予防接種
であることが記入されていることを確認し、左欄に貼付してください。

のりしろ

のりしろ

のりしろ