

<記入例> 小学生 6 年生までのお子様を対象 上限 3, 000 円 年度内 1 回

26

決 定 伺 起 案		令和 年 月 日			令和 年 月 日	
副理事長	常務理事	事務局長	主 任	係	支 部 長	係

インフルエンザ予防接種補助支給申請書

※印は組合で使用するので記入しないで下さい。

支 部 番 号	02	被保険者証の 記 号 番 号	1 2 3 4 5 6	組 合 員 氏 名	建 労 太 郎	
接種者氏名	建 労 次 郎	生 年 月 日	医 療 機 関 名		接種年月日	費用額
	平 令和 年	●●月●●日	●●●●クリニック		令和 ● 年	3, 000 円
	●●月●●日				●●月●●日	
	建 労 愛	平 令和 年	●●●●クリニック		令和 ● 年	3, 000 円
	●●月●●日				●●月●●日	
	平・令 年				令和 年	
	月 日				月 日	
	平・令 年				令和 年	
	月 日				月 日	
	平・令 年				令和 年	
	月 日				月 日	円
			合 計		円	
上記のとおり申請します。						
令和 ● 年 ●●月 ●●日						
組合員住所 四日市市ときわ5-1-8						
氏 名 建 労 太 郎						
三重県建設国民健康保険組合理事長 殿						
支給決定額					※	円

接種費用を記入してください

領収書貼付欄

- 注) 1.領収書は原本を貼付して下さい。(コピーは不可)
- 2.領収書には必ず「接種者氏名、受診日、金額、医療機関名、インフルエンザ予防接種代」が記載されているか確認して下さい。
- 3.なるべく御家族まとめて請求してください。

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 () 確 ・ 郵
組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ()