

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

26

決定	伺	起案	令和	年	月	日
副理事長	常務理事	事務局長	主任	係		

令和	年	月	日
支部長	係		

インフルエンザ予防接種補助支給申請書

※印は組合で使用します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	123456	組合員氏名	建労 太郎
接種者氏名	生年月日	医療機関名	接種年月日	費用額	
建労 次郎	平令●●年●●月●●日	0000クリニック	令和 ●年●●月●●日	3,000 円	
建労 愛	平令●●年●●月●●日	0000クリニック	令和 ●年●●月●●日	3,000 円	
	平・令 年 月 日		令和 年		
	平・令 年 月 日		令和 年		
	平・令 年 月 日		令和 年 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 ()