

年 月 日 支給			円	
本件支給 してよろ しいか				

インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証の記号番号	建 ー	組合員氏名			
予防接種を受けた方	氏 名	年 齢	接種日及び接種費用	接種費用計	市町村 の負担
	①		年 月 日 : 円 年 月 日 : 円	円	有・無
	②		年 月 日 : 円 年 月 日 : 円	円	有・無
	③		年 月 日 : 円 年 月 日 : 円	円	有・無
	④		年 月 日 : 円 年 月 日 : 円	円	有・無
	⑤		年 月 日 : 円 年 月 日 : 円	円	有・無
	⑥		年 月 日 : 円 年 月 日 : 円	円	有・無
<p>上記のとおり、申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 (年 ー)</p> <p style="text-align: center;">組 合 員 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿</p>					

※ 申請には、この申請書のほか、医療機関名、費用額、接種者名がわかる領収書（コピー可）を添付して下さい。

※ 給付金は、あらかじめ届け出ていただいた預金口座に振り込みます。

所属組合 の 確 認	組 合 名 組 合 長	年 月 日 印
---------------	----------------	------------

※ 国保記入欄

資 格	領収書	年度内補助	補 助 金 額		
有・無	有・無	既・未	① _____	② _____	③ _____
			④ _____	⑤ _____	⑥ _____
合計					円