

インフルエンザ予防接種助成金申請書

被保険者証の記号番号	建国	一	種別	インフルエンザ予防接種助成
枝番	接種を受けた者の氏名	接種にかかった 費 用 の 合 計	医療機関名	接種を受けた年月日
		円		年 月 日
		円		年 月 日
		円		年 月 日
		円		年 月 日
		円		年 月 日
		円		年 月 日
合 計		円	接種を受けた年月日を必ずご記入ください。	

上記のとおり、インフルエンザの予防接種を受けたので申請します。

大阪建設国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 (申請される日付を記入してください)

住所

組合員

氏名

送金方法に
 チェックしてください

ゆうちょ銀行 (振込手数料はかかりません。)

郵 便 局 【銀行振込みはできません】	通帳記号		通帳番号 (右詰めでご記入ください。)	
	1	0	※	1
口座名義人 (カタカナ) 【組合員本人に限る】				

※振込み後に下記携帯電話宛に SMS (ショートメッセージ) でお知らせします。

携帯番号 — — (氏名)

ハガキによる通知を希望の方は チェックをお願いします。 ハガキ希望

支部窓口

組合記載欄	支給日 年 月 日 決定額 ¥
-------	-----------------

※(注意事項) ・世帯ごとにまとめて、申請してください。

・今年度接種1回分のみ、1人につき1,000円を限度で助成します。

医療機関へのお願い

●お手数ですが、予防接種を受けた者の個々の氏名・金額と何人が接種を受けたかをご記入ください。

医療機関の証明欄

※必ず医療機関がご記入ください。

インフルエンザ予防接種料領収書

(内訳)

接種者の氏名	接種日	金額
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円

円

左記の者(人)に対する費用を領収いたしました。

令和 年 月 日

医療機関

(所在地)

(名 称)

印

(金額には¥マークをお付けください。)

医療機関の証明欄

※必ず医療機関がご記入ください。

インフルエンザ予防接種料領収書

(内訳)

接種者の氏名	接種日	金額
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円

円

左記の者(人)に対する費用を領収いたしました。

令和 年 月 日

医療機関

(所在地)

(名 称)

印

(金額には¥マークをお付けください。)

医療機関の証明欄

※必ず医療機関がご記入ください。

インフルエンザ予防接種料領収書

(内訳)

接種者の氏名	接種日	金額
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円

円

左記の者(人)に対する費用を領収いたしました。

令和 年 月 日

医療機関

(所在地)

(名 称)

印

(金額には¥マークをお付けください。)