

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			—					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			
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 <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行（振込手数料はかかりません。）														
	郵便局						通帳記号			通帳番号（右詰めでご記入ください。）					
	【銀行振込みはできません】						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 <input checked="" type="checkbox"/> チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> ハガキ希望															
<input type="checkbox"/> 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		
※必ず医療機関をご記入ください。		
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
	年 月 日	円
左記の者(人)に対する費用を領収いたしました。		円
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		
※必ず医療機関をご記入ください。		
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
	年 月 日	円
左記の者(人)に対する費用を領収いたしました。		円
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		
※必ず医療機関をご記入ください。		
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
	年 月 日	円
左記の者(人)に対する費用を領収いたしました。		円
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。)