

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	0	0	-	0	0	0	0	0	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			
01	大建 花子	3,000円		〇〇クリニック				〇〇年 ××月 △△日			
02	大建 次郎	2,000円		〇〇医院				〇〇年 ××月 △△日			
		円						年 月 日			
		円						年 月 日			
		円						年 月 日			
		円						年 月 日			
合計		5,000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 〇〇年 ××月 △△日 (申請される日付を記入してください)

住所 **大阪市浪速区敷津西2丁目14番22号**
 組合員 氏名 **大建 太郎**

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 【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。 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			
組合員携帯番号 _____ - _____			
<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。