様式第４０号

インフルエンザ予防接種補助金申請書

＊は、記入しないでください。

組合員の記入欄

被保険者証記号番号	組合員氏名	生年月日
		昭・平・令　年　月　日

接種を受けた方の氏名	接種を受けた年月日	接種を受けた医療機関の名称	費用額	他制度からの補助	＊支払決定額
	年　月　日			有・無	
	年　月　日			有・無	
	年　月　日			有・無	
	年　月　日			有・無	
	年　月　日			有・無	

上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日

〒　　-

住所

組合員　氏名　　印

電話(日中連絡先)　(　　)

建設連合国民健康保険組合殿

振込先金融機関						
(銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方にご記入ください)	銀行	銀行 信組 信金 労金 農協	本店 支店 出張所	預金種類 1：普通・総合 2：当座 3：貯蓄	番号(右につめて記入してください)	
	ゆうちょ銀行	記号	番号(右につめて記入してください)			
口座名義(カナ)						

(注)　補助金は直接本部より口座に振り込みます。

◎被保険者の皆様へ

1. ワクチン接種にあたっては、医師と十分に相談してください。
2. インフルエンザ予防接種補助は、一人につき年度6,000円までの実費が支給されます。(年度の区切りは、4月から翌年3月まで)
   ただし、平成31年3月31日以前の接種分は4,000円までの実費となります。
3. 領収書のコピーは、接種を受けた方、金額、内容の明らかなものを添付してください。

本部決裁欄

備考		支払決定件数	件
※右のとおり決定してよろしいか	支払　不払	支給決定額	円

本部受付印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支部受付印

本部控