

肺炎球菌予防接種補助金申請書

肺炎球菌予防接種にかかる補助金を下記のとおり申請します。

組合員が記入する欄	被 保 険 者 証 記 号 番 号				フリガナ			
	記号	90		番号		組合員氏名	印	
	No	接 種 者 の 氏 名		続柄	接 種 日		実施市区町村名	備考
	1				年 月 日			
	2				年 月 日			
	3				年 月 日			
4				年 月 日				
申 請 年 月 日				年 月 日				

中央建設国民健康保険組合 理事長殿

注 意 事 項

- ◇ 市区町村が実施する肺炎球菌予防接種を受けた方が対象です。
- ◇ 予防接種を受ける時は、事前に医師とよくご相談ください。
- ◇ 支払った接種費用にかかわらず2,000円を補助します。
- ◇ 年度中(4月1日～翌年3月31日)に1人につき1回の支給となります。
- ◇ 上記太枠内に必要事項をご記入の上、肺炎球菌予防接種を受けたことがわかる(接種を受けた人、接種日、実施市区町村名の記載された)「領収書」の原本または「接種証明書」などの写しを添付してください。
※必要事項が確認できない場合には、市区町村から送付された接種案内等を併せて添付いただくようお願いします。
- ◇ 記入いただいた個人情報は、補助金の支給にのみご利用させていただきます。

本部受理	処 理		扱 者
	年 月 日		

支部受理	扱 者	出張所長
	年 月 日	