

インフルエンザ予防接種補助金申請書

インフルエンザ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 記 号 番 号						フリガナ			
	記号	90			番号			組 合 員 氏 名		
	枝 番	接 種 者 の 氏 名				続 柄	接 種 日		医 療 機 関 名	備 考
							令和 年 月 日			
							令和 年 月 日			
							令和 年 月 日			
							令和 年 月 日			
							令和 年 月 日			
申 請 年 月 日						令 和 年 月 日				

中央建設国民健康保険組合 理事長殿

注 意 事 項

- ◇予防接種を受けるにあたり、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。
- ◇インフルエンザワクチンの種類(季節性、流行性など)および接種方法(注射・点鼻)は問いません。
- ◇年度中(4月1日～翌年3月31日)に1人につき2回の支給となります。
- ◇太枠内に必要事項をご記入の上、以下の書類を添付してください。
 接種済証明書(写)、領収書原本、診療明細書(写)、母子手帳(写) など
 ※母子手帳の場合は、表紙と予防接種の記録ページが必要です。
- ◇接種者氏名、接種日、医療機関名が確認できない場合や、予防接種の種類(『インフルエンザ』『フルミスト』)が特定できない場合は、添付書類を組み合わせ提出してください。
- ◇ご記入いただいた個人情報は、補助金の支給および集計にのみ使用いたします。

本部受理	処 理 No.					扱 者
	年 月 日					

支部受理	扱 者	出張所長
	年 月 日	