

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 【銀行振込みはできません】	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">通帳記号</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">通帳番号 (右詰めでご記入ください。)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 0 ※</td> <td style="text-align: center;"> 1</td> </tr> </table>	通帳記号	通帳番号 (右詰めでご記入ください。)	1 0 ※	1
	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。

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

円
左記の者(人)に対する費用を領収いたしました。
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

円
左記の者(人)に対する費用を領収いたしました。
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

円
左記の者(人)に対する費用を領収いたしました。
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。)