

申請期間は予防接種料金を支払った日の翌日から2年間です。(組合必着)

組合受付印欄

インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書 (組合員申請)

○ 申請者兼補助金振込先(組合員本人に限ります。)

年 月 日 提出

記号番号	71 — —	組合員氏名 (口座名義人)	フリ ガナ
連絡先 電話番号	(平日の日中必ず連絡の取れる電話番号を記入してください。)		
組合員 勤務先名		勤務先所属部署 電話番号	
金融機関名		支店名	預金種類
銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫		支店 (出張所)	1 普通
金融機関 コード		支店 コード	口座番号 (右づめでご記入ください。)

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、通帳を確認のうえ『店番(漢字3桁)・口座番号(7桁)』を記入してください。

○ 申請内訳(接種日において本組合の組合員資格又は被保険者資格(家族)がある方で予防接種を受けた方)

氏 名	性 別	区 分	生年月日	接 種 日		支払金額	支給決定額 (組合処理欄)
				年4月1日以後生まれの方のみ 2回目申請可能			
	1 男 2 女	1 組合員	5 昭 年 月 日 7 平	1 回 目	令和 年 月 日	円	円
	1 男 2 女	2 家 族	5 昭 年 月 日 7 平 9 令	1 回 目	令和 年 月 日	円	円
	1 男 2 女	2 家 族	5 昭 年 月 日 7 平 9 令	2 回 目	令和 年 月 日	円	円
	1 男 2 女	2 家 族	5 昭 年 月 日 7 平 9 令	1 回 目	令和 年 月 日	円	円
	1 男 2 女	2 家 族	5 昭 年 月 日 7 平 9 令	2 回 目	令和 年 月 日	円	円
	1 男 2 女	2 家 族	5 昭 年 月 日 7 平 9 令	1 回 目	令和 年 月 日	円	円
	1 男 2 女	2 家 族	5 昭 年 月 日 7 平 9 令	2 回 目	令和 年 月 日	円	円

領収書貼付欄、注意事項等

- ① 領収書の原本を貼付してください。※「接種済証」は領収書になりません。
- ② 領収書には、必ず医療機関で「インフルエンザ予防接種代」と記入してもらい、あわせて次の内容を記入してもらってください。
  - ・ 接種を受けた方の氏名
  - ・ 接種を受けた医療機関名、電話番号
  - ・ 複数の方の領収額が記入されているときは、領収書の余白にその内訳  
(接種を受けた方の氏名とその方の接種費用金額。)
- ③ 送付先 〒102-8564 東京都千代田区平河町1-5-9 厚生会館  
全国土木建築国民健康保険組合  
保健事業部 事業課 インフルエンザ予防接種あて
- ④ 連絡先 03(6850)1177