

年	月	日	支給	円
本件支給 してよろ しいか				

## インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証の記号番号	建 ー	組合員氏名	
予防接種を受けた方	氏 名	年 齢	接種日及び接種費用
	①		年 月 日 : 円 年 月 日 : 円
	②		年 月 日 : 円 年 月 日 : 円
	③		年 月 日 : 円 年 月 日 : 円
	④		年 月 日 : 円 年 月 日 : 円
	⑤		年 月 日 : 円 年 月 日 : 円
	⑥		年 月 日 : 円 年 月 日 : 円
接種費用計			
市町村の負担			
有・無			

上記のとおり、申請いたします。

年 月 日 ( ー )

組 合 員 住 所

氏 名 印

**長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿**

※ 申請には、この申請書のほか、医療機関名、費用額、接種者名がわかる領収書（コピー可）を添付して下さい。

※ 給付金は、あらかじめ届け出ていただいた預金口座に振り込みます。

所属組合の確認	組合名 <b>松本建設労働組合</b>	年 月 日	
	組合長 <b>組合長永田利行</b>		印

※ 国保記入欄

資 格	領収書	年度内補助	補 助 金 額		
有・無	有・無	既・未	① _____	② _____	③ _____
			④ _____	⑤ _____	⑥ _____
合計					円