

様式 3 - 1 (第五条関係)

インフルエンザ予防接種費用助成金支給申請書

○請求者 (組合員)

被保険者記号番号	組合員氏名	住 所
		TEL :

○接種者

被保険者氏名	生年月日	接種日	窓口負担額	(組合記入欄)
	年 月 日	年 月 日	円	
	年 月 日	年 月 日	円	
	年 月 日	年 月 日	円	
	年 月 日	年 月 日	円	
			支給決定額	円

上記のとおり、インフルエンザ予防接種を受けたので添付書類を添えて助成金を申請いたします。
また、本請求に基づく助成金の受領を下記に委任します。

令和 年 月 日 提出

静岡県建設産業国民健康保険組合理事長 様

《委任先》
支 部
支部長 (印)

《申請時の注意》

1. 支給対象者は、18歳以下の被保険者とし、一人につき1回1,500円までを限度として助成します。
2. 申請には領収書 (医療機関名・接種者名・接種日・金額・内容の明らかなもの) が必要です。
3. 請求期間は年度末までとなっております。請求期間を過ぎますと支給対象となりませんのでご注意ください。
4. 助成金は支部長宛に振込をさせていただきますので、ご了承と委任欄への記名及び捺印をお願いします。

本 部
受付印

支 部
受付印