

決 裁	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	決 裁 年 月 日	処 理	入 力	照 合
					平成 年 月 日			

インフルエンザ予防接種助成金支給申請書

被保険者証 の記号番号				組 合 員 氏 名			
接種を受けた方の氏名	生 年 月 日	接種を受けた年月日	接 種 医 療 機 関 名	窓 口 負 担 額	助 成 金 額 ※		
	昭 平 年 月 日	平成 年 月 日		円	円		
	昭 平 年 月 日	平成 年 月 日		円	円		
	昭 平 年 月 日	平成 年 月 日		円	円		
	昭 平 年 月 日	平成 年 月 日		円	円		
	昭 平 年 月 日	平成 年 月 日		円	円		
	昭 平 年 月 日	平成 年 月 日		円	円		

上記のとおり申請します。なお、支給決定額については、下記の組合員名義の口座へ振り込みください。

住 所

平成 年 月 日 組 合 員 氏 名

印

電 話 番 号 () -

愛知建連国民健康保険組合理事長 殿

右記のとおり支給を決定してよろしいか。

振 込 先		銀 行	信用金庫	本 店
		農 協	信用組合	支 店
				出張所
	預金種別	普 通	当 座	
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			

支 給 決 定 額 ※	円
-------------	---

本 部 受 付 欄	支 部 受 付 欄
本部受付印	支部受付印

◎申請者は太枠の部分を入力してください。※は記入しないでください。

◎ゆうちょ銀行に振込先を指定することはできません。

◎インフルエンザ予防接種と判るもので、接種者氏名が記入された領収書を添付してください。【詳しくは裏面をお読みください】

注 意 事 項

1. 1回の接種につき、2,000円を上限に年度内1回の助成です。（接種金額の合算はできません。）
※2回接種される方も1回分の接種が助成の対象となります。
2. 助成の対象となる接種期間は、10月から翌年1月までとなります。申請期限は翌年2月末日です。
3. 領収書は必ず原本を添付してください。
4. 領収書の記載内容が次の事項を満たさない場合は、支給することができません。
 - (1) 接種を受けた方の氏名が記載されていること。
※接種者の記入がない場合は、医療機関等に接種者の記入をお願いしてください。
 - (2) インフルエンザの予防接種であることが記載されていること。
 - (3) 接種を受けた年月日が記載されていること。
 - (4) 接種金額が記載されていること。
 - (5) 複数名の領収書や複数接種等の場合は、その内訳が記載されていること。
 - (6) 手書きの領収書の場合は、医療機関等の印または領収印が押印されていること。
5. 申請内容や領収書等の内容について、医療機関等に問い合わせをすることがあります。
6. 市町村等のインフルエンザ予防接種助成対象者は、この助成を受けることはできません。
※65歳以上の方は予防接種法により、あらかじめ窓口で助成されていることがあります。
7. 申請書の提出先は、必ずご所属の支部にご提出ください。

【振込先の記入例】 ※記入漏れのないよう正確に記入してください。

振 込 先		○ ○	銀行	信用金庫	△ △	本店
			農協	信用組合		支店 出張所
	預金種別		普通		当座	
	口座番号	1	2	3	4	5 6 7
	フリガナ	アイケン タロウ				
	口座名義	愛 建 太 郎				

※ゆうちょ銀行を振込先に指定することはできません。