

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	4	5	6	7	8	9	1	2	3	0	組合員氏名	愛知 三郎				
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※						
愛知三郎	昭 平	45年 7 月 27日		平成 22年 10 月 1 日			建築医院		3,000 円		円					
愛知冬子	昭 平	10年 11 月 5 日		平成 22年 10 月 1 日			名古屋小児医院		2,500 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 名古屋市中区大須4-1-71

平成 23 年 1 月 10 日 組合員 氏 名 愛知三郎 ①

電話番号 (052) 261 - 5736

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	愛知	銀行	信用金庫	大須	本店	支給決定額	※	円	
		農協	信用組合		支店	本部受付欄			
					出張所	支部受付欄			
	預金種別	普通		当座		本部受付印			
口座番号	9	8	7	6	5	4	3	支部受付印	
フリガナ	アイチ サブロー								
口座名義	愛知 三郎								

◎申請者は太枠の部分を記入してください。※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】