

(様式第63号の1)

# インフルエンザ予防接種補助金申請書(建設国保被保険者用)

下記の通り、インフルエンザ予防接種補助金を申請します。補助金は下記口座に振り込んでください。

被保険者証記号番号										フリガナ		
記号	建設	番号								組合員氏名		
接種者氏名					続柄	接種日					接種時	接種費用
生年月日						2回接種法のみ2回目記入					年齢	
					本人	年	月	日			円	
年	月	日生			家族	2回目	年	月	日		円	
					本人	年	月	日			円	
年	月	日生			家族	2回目	年	月	日		円	
					本人	年	月	日			円	
年	月	日生			家族	2回目	年	月	日		円	
					本人	年	月	日			円	
年	月	日生			家族	2回目	年	月	日		円	

### ◆補助金振込み金融機関情報(組合員口座を記入)

フリガナ													
銀行 信金 信組 農協 金庫										本店 支店 出張所			
・口座名義人(カタカナで記入)													
・金融機関コード							・支店コード						
・種目 1、普通 2、当座 3、貯蓄													
・口座番号													

埼玉県建設国民健康保険組合理事長 殿 申請年月日 年 月 日

### 【 注 意 事 項 】

- 補助金対象接種期間は10月1日から翌年1月31日です。(請求期限:接種年度の3月31日まで)
- 接種時に65歳未満の建設国保被保険者(組合員・家族)を対象に、1人につき年度1回2,000円を上限として実費を補助します。乳幼児など2回接種の場合は支払い合計額を対象とします。
- 申請には、この申請書のほか、下記の項目が明記された領収書(コピー)を添付してください。  
接種を受けた方 接種日 医療機関名 インフルエンザ予防接種であること  
 上記項目が記載されていない場合は、「診療明細書」「接種済証明書」「母子手帳」など項目が確認できる書類のコピーもあわせて提出してください。
- 申請は家族分をまとめて一度に行ってください。

決 裁	処理年月日	係 印	受付年月日	担当者印

支給決定額(組合記入欄)

--