

決 裁	理 事 長	副理事長	常務理事	事務局長	担 当	係

処 理	台 帳	
	調定簿	

インフルエンザ予防接種補助金請求書

金 円也

上記の金額を請求します

令和 年 月 日

組合員 住 所
氏 名

㊞

岐阜県建設国民健康保険組合
理 事 長 様

被保険者証の記号番号				
	氏 名	続 柄	生 年 月 日	接 種 日
1			平成 年 月 日	平成 令和 年 月 日
2			平成 年 月 日	平成 令和 年 月 日
3			平成 年 月 日	平成 令和 年 月 日
4			平成 年 月 日	平成 令和 年 月 日
5			平成 年 月 日	平成 令和 年 月 日

領収書の写しを添付 (※必要記載事項
受診者、受診日、支払金額、医療機関名、インフルエンザ予防接種である事)

〈注意事項〉

- ※ 支給対象は 18 歳年度末までの被保険者
- ※ 接種対象月は 10 月・11 月・12 月・1 月のみ
- ※ 接種日から 1 年以内に申請 (1 年以降のものは不支給になります)

振込金融機関の欄		支 部 名	
銀 行 信用金庫 農 協 信用組合 労働金庫		総 支 部 名	
		受 付 日 付 印	
預 金 種 別	普 通(総合)・当 座		
口 座 番 号			
名 義 人 (組合員本人)	カタカナで記入		