

記入例

様式第40号

インフルエンザ予防接種補助金申請書

*は、記入しないでください。

被保険者証記号番号 1799999		組合員氏名 建設 太郎		生 年 月 日 昭・平 令 ○ ○ × × △ △		
接種を受けた方の氏名	接種を受けた年月日	接種を受けた医療機関の名称	費用額	他制度からの補助	*支払決定額	
建設 太郎	○○年××月△△日	○×クリニック	2,000円	有・無 <input checked="" type="radio"/> 有	①	
建設 花子	○○年××月△△日	○×クリニック	4,800円	有・無 <input type="radio"/> 有		
建設 一郎	○○年××月△△日	△△病院	3,800円	有・無 <input type="radio"/> 有		
建設 次郎	○○年××月△△日	○×クリニック	3,000円	有・無 <input type="radio"/> 有		
組合員の記入欄	上記の通り申請いたします。 令和○○年××月△△日		(〒 123 - 4567)			
	住所	○○県○○市○△□1-2-3				
	組合員氏名	建設 太郎 <input checked="" type="radio"/> 建設				
		※自署の場合は押印省略可				
	電話(日中連絡先)	03 3504 1241				
建設連合国民健康保険組合殿						
振込先金融機関	銀行	○△ <input checked="" type="radio"/> 銀行	信組	×□ <input type="radio"/> 信金	本店	支店
(銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方にご記入ください)	ゆうちょ銀行	記号		番号(右につめて記入してください)		
				1:普通貯蓄	2:当座	3:貯蓄
				1	2	3
口座名義(カナ)	ケンセツ タロウ					

(注) 補助金は直接本部より口座に振り込みます。

《申請をするときの注意》

1. 申請には『領収書のコピー(接種を受けた方、金額、内容が明らかなもの)』が必要です。
2. インフルエンザ予防接種補助は、被保険者(組合員と家族)一人につき年度内6,000円までの実費が支給されます。(年度の区切りは4月から翌年3月まで)
3. この申請書は、所属の支部へ提出してください。
4. 提出してから振込までは、1ヶ月~2ヶ月かかります。

※緑枠の部分の記入にあたっては、当記入例の2ページをご確認ください。
※赤字の部分を記入してください。(記入する際は、消せるボールペンは使用しないでください。)

記入する際の注意点（ポイント）

①

他制度からの補助があった場合の費用額は、実際に支払った額（補助額を除いた額）を記入して下さい。

②

一人につき、2回分の申請がある場合は、それぞれの日付や金額を記入して下さい。

③

振込先金融機関は、正確に記入して下さい。
記載事項に誤りがあると振込できません。