

# ＜記入例＞ 小学生6年生までのお子様対象 上限3,000円 年度内1回

決定伺起案		平成 年 月 日			令和 年 月 日	
副理事長	常務理事	事務局長	主任	係	支部長	係

26

## インフルエンザ予防接種補助支給申請書

※印は組合で使用しますので記入しないで下さい。

支部番号	02	被保険者証の記号番号	1 2 3 4 5 6	組合員氏名	建 労 太 郎	
接種者氏名	生年月日	医療機関名		年月日	費用額	
建労 次郎	平成 ○ 年 5月 5日	〇〇〇〇クリニック		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	3,000円	
建労 愛	平成 ○ 年 10月23日	〃		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	3,000円	
	平成 年 月 日			令和 年 月 日	円	
	平成 年 月 日			令和 年 月 日	円	
	平成 年 月 日			令和 年 月 日	円	
			合 計	6,000円		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日						
組合員住所 四日市市ときわ5丁目1番8号						
氏 名 建 労 太 郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">建 労</span> 印						
三重県建設国民健康保険組合理事長 殿						
支給決定額					※	円

接種費用  
記入して  
下さい

## 領収書貼付欄

- 注) 1.領収書は原本を貼付して下さい。(コピーは不可)
- 2.領収書には必ず「接種者氏名、受診日、金額、医療機関名、インフルエンザ予防接種代」が記載されているか確認して下さい。
- 3.なるべく御家族まとめて請求してください。