

決定伺起案		平成 年 月 日		
副理事長	常務理事	事務局長	主任	係

平成 年 月 日	
支部長	係

26

インフルエンザ予防接種補助支給申請書

※印は組合で使用するので記入しないで下さい。

支部番号	被保険者証の記号番号	組合員氏名	接種者氏名	生年月日	医療機関名	接種年月日	費用額
				平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
				平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
				平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
				平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
				平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
					合計		円
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日							
組合員住所 氏 名							
三重県建設国民健康保険組合理事長 殿							
						支給決定額	※ 円

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。