

決定	伺	起	案	令和	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		

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		被保険者証の記号番号		組合員氏名	紀南 太郎	
接種者氏名	生年月日	医療機関名	接種年月日	費用額		
紀南 翔太	平・令 27 年 7 月 1 日	建労クリニック	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	円		
浩人	平・令 29 年 10 月 15 日	建労クリニック	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	円		
	平・令 年 月 日		令和 年 月 日	円		
	平・令 年 月 日		令和 年 月 日	円		
	平・令 年 月 日		令和 年 月 日	円		
合計				円		
上記のとおり申請します。 令和 ○○年 ○○月 ○○日 組合員住所 熊野市井戸町1234 氏 名 紀南 太郎 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。

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 () 確・郵
 組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ()