

決 裁	事務局長	確 認	担 当

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 住 所
組合員 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		接種年度		令和	年度
	氏 名	続 柄	生 年 月 日	接 種 日	
1			平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	
2			平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	
3			平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	
4			平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	
5			平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	

領収書の原本を添付

【必要記載事項】 受診者名・接種日・支払金額・医療機関名・領収印・予防接種の種類※
※記載がない場合、診療報酬明細書等添付(予防接種の種類が分かるもの)

《注意事項》

- ・支給対象者は 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 年以内に請求(1 年以降の請求は不支給になります)

振 込 先 金 融 機 関		総支部名									
銀 行 信用金庫 農 協 信用組合 労働金庫 本店 支店 出張所		支 部 名									
		受 付 日 付 印									
預 金 種 別	普通(総合)・当座										
口 座 番 号	店番号	口座番号									
名 義 人 (組合員本人)	カタカナで記入										