様式第 27 号

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
- 請求期間は接種日から 1 年以内とする

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	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		

※総支部受付印をお願いします　※個人情報保護法に基づき上記の利用目的以外には使用しません

2026.6.1 更新