

	年	月	日	支給		円
本件支給 してよろ しいか						

インフルエンザ予防接種補助金申請書

予防接種を受けた方	被保険者証 記号・番号	建 一			※国保処理欄	
	氏 名	接種日及び接種費用	市町村 の負担	資格	国保補助額	
①		年 月 日 : 円	有・無	有・無	円	
		年 月 日 : 円				
	②		年 月 日 : 円	有・無	有・無	円
			年 月 日 : 円			
	③		年 月 日 : 円	有・無	有・無	円
			年 月 日 : 円			
④		年 月 日 : 円	有・無	有・無	円	
		年 月 日 : 円				
⑤		年 月 日 : 円	有・無	有・無	円	
		年 月 日 : 円				
⑥		年 月 日 : 円	有・無	有・無	円	
		年 月 日 : 円				
上記のとおり、申請いたします。					合計	円
年 月 日 住 所 組合員氏名 <hr/> 長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿						

<注意事項>

- ①申請には、この申請書のほか、医療機関名、費用額、接種者名がわかる領収書（コピー可）を添付して下さい。
- ②給付金はあらかじめ届け出ていただいた口座に振り込みます。
- ③年度内（4月1日～翌年3月31日）1人1回のみ補助します。