

3	1	0	2
---	---	---	---

常務理事	事務長	課長	係員

被保険者記入用

インフルエンザ予防接種費用 補助金支給申請書

① 被保険者情報	被保険者証等	記号	番号	生年月日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	昭和 平成
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒 -)		
電話番号	TEL ()			
② 被保険者名義の振込先口座	金融機関名称	金融機関コード ()	銀行 金庫 信組	店番 ()
	支店名	農協 漁協	本店 支店	その他 ()
	預金種別	普通 当座	口座番号	<input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナで記入してください		
③ 接種者情報	接種者氏名	生年月日	続柄	接種年月日
		昭和 平成 令和		令和
		昭和 平成 令和		令和
		昭和 平成 令和		令和
		昭和 平成 令和		令和
		昭和 平成 令和		令和
		昭和 平成 令和		令和

*** 記入上の注意**

- ①②③の項目はすべてご記入ください。
- 申請には、本申請書・領収書（コピー可）・インフルエンザ予防接種補助券（被扶養者のみ）の添付が必要です。
- 領収書には、「接種者の氏名、インフルエンザ予防接種をしたことがわかる但し書き」の記載が必須です。
- 振込先は被保険者名義の口座のみです。
- 自治体等の公的助成との併用はできません。
- **当年度に実施した補助金の申請期限は、当年度3月31日組合必着です。期限を過ぎたご申請につきましてはお支払できかねますので、ご注意ください。**

———— 組合使用欄 ————

受付日付印

領収書貼り付け用紙

のりしろ

領収書

〇〇 〇〇 様

円

*インフルエンザ代として

申請対象者様の領収書(コピー可)を図のような方法で貼り付けお願いします。

複数まとめてA4サイズにコピーした場合は貼り付け不要です、そのままの状態でご提出ください。

領収書が複数ある場合は、少しずつらして貼付いただけると幸いです。