

決 裁	常務理事	事務局長	支 部 理 本 部	支部長印	係 印	支 部 名		受 付 印
	決 定 年 月 日			総務課長	総務課係	給付課長	給付課係	
	決 定 金 額							

インフルエンザ予防接種助成金支給申請書

被 保 険 者 証	記 号	3 6	番 号						
-----------	-----	-----	-----	--	--	--	--	--	--

予防接種を受けた者の氏名	予防接種を受けた日 (2回目の接種分は②に記載してください)	自己負担額	備 考
	①平成 年 月 日	円	
	②平成 年 月 日	円	
	①平成 年 月 日	円	
	②平成 年 月 日	円	
	①平成 年 月 日	円	
	②平成 年 月 日	円	
	①平成 年 月 日	円	
	②平成 年 月 日	円	
	①平成 年 月 日	円	
	②平成 年 月 日	円	
	①平成 年 月 日	円	
	②平成 年 月 日	円	

上記の通り申請いたします。

平成 年 月 日

組合員 住所

氏名

㊞

神奈川県建設連合国民健康保険組合 理事長 殿

- (注) 1. インフルエンザ予防接種の領収書(コピー可)を添えて所属の支部に申請してください。
 2. 助成は年度内1人1回に限り、2,000円を限度とします。
 3. 2回法による接種で、1回分が2,000円未満の場合、2回分を同時に申請した場合に限り2,000円を上限に支払います。