

常務理事	事務局長	次長	課長	係長	課員

補助決定額
¥ _____

インフルエンザ予防接種補助申請書

被保険者証番号						第 _____ 地域連合
1	予防接種を受けた者					※接種日現在 1歳以上～中学校入学前・65歳以上～75歳未満の方のみ対象
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢 (接種日現在の年齢) _____ 歳
	接種に要した費用額					円 接種年月日 令和 年 月 日
	受診医療機関名					※組合記入欄 * 補助額 _____ 円
2	予防接種を受けた者					※接種日現在 1歳以上～中学校入学前・65歳以上～75歳未満の方のみ対象
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢 (接種日現在の年齢) _____ 歳
	接種に要した費用額					円 接種年月日 令和 年 月 日
	受診医療機関名					※組合記入欄 * 補助額 _____ 円
3	予防接種を受けた者					※接種日現在 1歳以上～中学校入学前・65歳以上～75歳未満の方のみ対象
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢 (接種日現在の年齢) _____ 歳
	接種に要した費用額					円 接種年月日 令和 年 月 日
	受診医療機関名					※組合記入欄 * 補助額 _____ 円
<p>上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員住所 広島県 _____ 市 _____ 区 _____ 町 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ (印)</p> <p>広島県建設国民健康保険組合理事長 様</p>						
<p>この補助金額の受領を _____ 様に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名 _____ (印)</p>						

(注1) 地方自治体のインフルエンザ予防接種助成制度の利用者に限ります。(※65歳以上～75歳未満の方のみ)

(注2) 添付書類として、医療機関が発行した予防接種に要する費用の内訳のある領収書(写し)が必要です。