

決定	起案	平成	年	月	日
副理事長	常務理事	事務局長	主任	係	

平成	年	月	日
支部長	係		

26

## インフルエンザ予防接種補助支給申請書

※印は組合で使用しますので記入しないで下さい。

支部 番号	被保険者証の 記号番号	組合員氏名			
接種者氏名	生年月日	医療機関名	接種年月日	費用額	
	平成 年 月 日		平成 年 月 日	円	
	平成 年 月 日		平成 年 月 日	円	
	平成 年 月 日		平成 年 月 日	円	
	平成 年 月 日		平成 年 月 日	円	
	平成 年 月 日		平成 年 月 日	円	
合 計				円	
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日					
組合員住所 氏 名			⑩		
三重県建設国民健康保険組合理事長 殿					
			支給決定額	※	円

## 領収書貼付欄

- 注) 1.領収書は原本を貼付して下さい。(コピーは不可)
- 2.領収書には必ず「接種者氏名、受診日、金額、医療機関名、インフルエンザ予防接種代」が記載されているか確認して下さい。
- 3.なるべく御家族まとめて請求してください。