

決定伺起案	令和	年	月	日
副理事長	常務理事	事務局長	主 任	係

令和	年	月	日
支 部 長	係		

### 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	1 3	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・令 年 月 日			令和 年 月 日	円
	平・令 年 月 日			令和 年 月 日	円
	平・令 年 月 日			令和 年 月 日	円
	平・令 年 月 日			令和 年 月 日	円
	平・令 年 月 日			令和 年 月 日	円
		合 計			円
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日					
組合員住所 氏 名 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。

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 ( ) 確 ・ 郵  
 組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ( )