

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		

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	接種年月日	費用額
接種者氏名	生年月日	医療機関名	令和 年 月 日	円
	平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
	平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
	平成 年 月 日		令和 年 月 日	円
	平成 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下さい。