様式第69号

インフルエンザ予防接種助成金申請書

被保険者番号	富建　　－

※申請者は太枠内をご記入ください。　　（　　地域組合）

予防接種を受けた方	氏名	生年月日	インフルエンザ予防接種日	費用	添付書類	国保組合記入欄
		（昭和・平成・令和） 年　月　日生	令和　年　月　日 令和　年　月　日	円 円	●「インフルエンザ」と明記がある領収書の添付 ＜領収書に明記がない場合＞ ①明細書の添付 ②領収書の空いている場所に「インフルエンザ」と記入 どちらかでご対応ください。 ※支払った金額がわかるもの ※コピー可	円
		（昭和・平成・令和） 年　月　日生	令和　年　月　日 令和　年　月　日	円 円		円
		（昭和・平成・令和） 年　月　日生	令和　年　月　日 令和　年　月　日	円 円		円
		（昭和・平成・令和） 年　月　日生	令和　年　月　日 令和　年　月　日	円 円		円
		（昭和・平成・令和） 年　月　日生	令和　年　月　日 令和　年　月　日	円 円		円
						総額　円

注1：10月～12月の期間中の接種に限り、被保険者お一人につき、上限額2,000円を年度内1回補助します。
注2：2回法の場合、2回分をまとめて申請してください。総費用のうち上限額2,000円を補助します。
注3：被保険者番号が同じ組合員世帯ごとに申請してください。（1枚の申請書に違う被保険者番号の被保険者を記入しないでください。）
注4：お支払い金額が明記されていない場合は受け付けれませんので、ご注意ください。

富山県建設国民健康保険組合理事長　殿

上記のとおり申請します。

なお、支給金の受領方を ＿＿＿＿＿＿ 地域建築組合長 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ に委任いたします。

「添付書類」欄を確認いたしましたので、申請いたします。

令和　　年　　月　　日　　申請者（組合員）住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

理事長	常務理事	事務局長	合議	主務者	支給総額	支出年月日	受付印
					円	年　月　日	

R6.7改（202407 100x10）