

インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

東京食品販売国民健康保険組合 殿

保険証の記号番号、組合員の氏名、住所、電話番号を記入の上、押印してください。(スタンプ印不可)

平成 年 月 日

■ 申請者

記号番号 7 8		組合員氏名	印
組合員住所	連絡先電話番号		

■ 申請内訳 (接種日において、当組合の資格を有する方で予防接種を受けた方をご記入ください。)

	氏名	年齢	接種年月日	実施医療機関名	支払(申請)金額	組合処理欄 支給決定額 (2,000円限度)
本人	<p>予防接種を受けた方について必要事項を記入ください。 ※本人欄は組合員の、2段目以降は家族の必要事項の記入をしてください。</p>				円	円
家族					円	円
家族	円	円	円	円	円	
家族	円	円	円	円	円	
合計					円	円

※組合員は、ご家族分を取りまとめのうえ、申請ください。

支払の合計金額を記入ください。

■ 助成金振込先 (組合員本人の口座に限ります。)

金融機関名	支店名	種類	口座番号	口座名義人
銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 (出張所)	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄		フリガナ
金融機関コード	支店コード	(右づめでご記入ください。)		

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、従来の口座番号では振込ができません。「ゆうちょ銀行」へ振込用の「店名(漢字3桁)・預金種目・口座番号(7桁)」を確認のうえご記入ください。

※金融機関・支店の統廃合により、金融機関名等が変更になったときは、変更後の金融機関情報をご記入ください。

■ 添付書類並びに留意事項

(1) 添付書類

「領収書」原本(コピーは不可)を提出ください。

※『接種済証明書』は、領収書にはなりません。

※領収書には必ず病(医)院で「インフルエンザ予防接種代」、あわせて下記の内容を記入してもらってください。

○接種を受けた方の氏名 ○接種を受けた病(医)院名、電話番号 ○複数の方の領収額が記入されているときは、領収書の余白に接種を受けられた方の氏名とその方の接種費用額。 ○接種日と接種代の支払日が異なるときは接種日

(2) 自治体等から補助を受けられる場合はそちらを優先し、なお実費が発生した場合に請求できます。

(3) 接種した日の翌日から2年を経過すると時効となり、助成金の交付は受けられません。

必ず組合員名義の振込先口座を記入ください。

決裁欄	
所長	課長

処理欄	
入力	確認

扱者

受付印