(PDF)

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

平成　　年　　月　　日

■ 申請者　申請にあたり「個人情報の取扱について」を確認し同意いたします。

記号番号 ７８		組合員氏名	㊞
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			・　・		円	円
家族			・　・		円	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。

■ 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。

決裁欄	
所長	課長

処理欄	
入力	確認

扱者

受付印