

理事長	副理事長	常務理事	事務局長	課長	担当者	受付番号	受付月日

ゆうちょ銀行	記号									振込銀行名	銀行 信用金庫	支店
番号										預金種類	普・当座・()	
フリガナ										口座番号		
名義										フリガナ		
										名義		

お願い
振込手数料の関係上なるべくゆうちょ銀行の振込でお願いいたします。(但し通常貯蓄貯金通帳の口座への振込は出来ません。)

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

被保険者証の記号番号	税国							種別	インフルエンザ予防接種		
接種を受けた者の氏名	組合員との続柄	接種にかかった費用の合計額			医療機関名	1回目の接種を受けた年月日	2回目の接種を受けた年月日				
		円				・	・	・	・		
		円				・	・	・	・		
		円				・	・	・	・		
		円				・	・	・	・		
		円				・	・	・	・		
		円				・	・	・	・		
合計		円			※接種を受けた年月日を必ずご記入ください。						

上記のとおり、インフルエンザの予防接種を受けたので領収書を添えて申請します。

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿 平成 年 月 日

事務所代表者名		
申請人 (組合員)	住所	〒
	氏名	(印)
連絡先電話番号		

組合記載欄	支給決定額	¥
-------	-------	---

- (注意事項) ・振込手数料の関係上、全ての接種終了後、なるべく被保険者証番号ごとにまとめて申請してください。(2回接種含む) <申請の締切日:平成30年4月27日(金)>
- ・後期高齢者の組合員は申請できません。
 - ・接種を受けられる方は、必ずこの書類を医療機関に持参し、別紙領収書に領収印を押してもらって、領収書を切り離さずに提出してください。(別紙領収書以外の場合は、インフルエンザ予防接種代金であること、接種を受けた方の氏名が明記された領収書(原本)を添付して下さい。接種を受けた方の明記のないレシート等では受付できませんのでご了承ください。)
 - ・補助金額は、1人につき3,000円を上限とし、3,000円に満たない場合は実費を支給(2回接種含む)
 - ・詳細については、「いきいきNo84」こくほのページ⑧をご参照ください。
- ※秋の生活習慣病共同健診と同時に実施しているインフルエンザ予防接種(無料)とは併用できません。どちらか一方で接種してください。

医療機関へのお願い

●お手数ですが、予防接種を受けた者の個々の氏名・接種日・金額と何人が接種を受けたかをご記入ください。

医療機関の証明欄

※必ず医療機関がご記入下さい。
(内訳)

接種を受けた者の氏名	接種日	金額
	/	円
	/	円
	/	円
	/	円
	/	円

インフルエンザ予防接種料領収書

左記の者(人)に対する費用を領収致しました。

平成 年 月 日 合計 円

医療機関 (所在地)
(名称)
(担当医師氏名)



医療機関の証明欄

※必ず医療機関がご記入下さい。
(内訳)

接種を受けた者の氏名	接種日	金額
	/	円
	/	円
	/	円
	/	円
	/	円

インフルエンザ予防接種料領収書

左記の者(人)に対する費用を領収致しました。

平成 年 月 日 合計 円

医療機関 (所在地)
(名称)
(担当医師氏名)



医療機関の証明欄

※必ず医療機関がご記入下さい。
(内訳)

接種を受けた者の氏名	接種日	金額
	/	円
	/	円
	/	円
	/	円
	/	円

インフルエンザ予防接種料領収書

左記の者(人)に対する費用を領収致しました。

平成 年 月 日 合計 円

医療機関 (所在地)
(名称)
(担当医師氏名)



医療機関の証明欄

※必ず医療機関がご記入下さい。
(内訳)

接種を受けた者の氏名	接種日	金額
	/	円
	/	円
	/	円
	/	円
	/	円

インフルエンザ予防接種料領収書

左記の者(人)に対する費用を領収致しました。

平成 年 月 日 合計 円

医療機関 (所在地)
(名称)
(担当医師氏名)

