

専務理事	事務長		係

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円
被保険者証又は組合員の記号・番号							
接種を受けた者の氏名				本人・家族の 区 分	接種費用	接種を受けた日	
1				本人・家族			
2				家族			
3				家族			
4				家族			
5				家族			
医療機関証明欄	上記のとおり接種したことを証明します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 所在地 医療機関 ㊟ 名 称 </div>						
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 〒 事務所所在地 事務所名 申請人 (組合員) 電話番号 組合員氏名 </div>							
振込先金融機関名				支店名		店	
口座番号		普通	番号【右ツメでご記入ください】			フリガナ	
		当座				名義人	
		貯蓄					

※組合員の世帯ごとに申請する場合にご利用ください。
 ※接種を受けられる際は、この書類を医療機関に持参し、太枠の中に証明を受けてください。
 ※裏面の注意事項を必ずお読みになってから申請してください。

○必要書類…【領収書(原本)※利用者が個別にわかる医療機関発行のもの】

医療機関へお願い

日頃より、当組合の運営にご協力いただきありがとうございます。
 当組合では、保健事業の一環としてインフルエンザ予防接種を受けた被保険者に対し、接種費用の一部を補助しております。
 つきましては、お手数ですが太枠の中に証明くださいますようお願いいたします。

《 注 意 事 項 》

1. 添付書類について

(1) 領収書（原本）

接種を受けた者が個別にわかる医療機関発行の領収書を添付してください。

2. 振込先金融機関口座について

振込先金融機関口座は、接種を受けた者の属する世帯の組合員が開設した金融機関口座となります。

接種を受けた者が家族としてご加入の方の場合でも、当該接種を受けた者が属する世帯の組合員が開設する口座へのお振込みとなります。（家族の方の口座へはお振込できません）

***** 領収書の添付不能又は医療機関の証明を受けられない場合 *****

領収書等を添付できない場合や医療機関から証明を断られた場合は、以下に添付不能理由をご記入のうえ、署名してください。

領収書（接種証明）・添付不能理由書

添付不能理由	
--------	--

上記のとおり添付書類の添付ができませんので、届出いたします。

申請人氏名 _____