

インフルエンザ予防接種費用補助のご案内

令和3年度のインフルエンザ予防接種費用の補助申請を受け付けます。
下記事項に留意し申請してください。

1. 対象者 建設国保の被保険者
2. 補助額 一人につき2,500円を限度に実費を補助（年度内一回）
3. 申請期限 令和4年1月21日（金）
4. 申請方法 「インフルエンザ予防接種費用補助申請書」に必要事項を記入の上、領収証のコピーを添付し支部へ郵送してください。

経鼻インフルエンザワクチンは対象外です

〈申請・お問い合わせ先〉

建設国保 石川県支部

〒920-0041 金沢市長田本町ホ8 TEL: 076-233-1021

※申請いただいてから振込みまで2か月程度かかります。

〈注意点〉

- ・振込み先は組合員本人の口座でお願いします。
- ・添付する領収証のコピーは必ず『インフルエンザ予防接種代』の記載があることと、接種者の内訳（接種者氏名とそれぞれの金額）が確認できること

『インフルエンザ』の記載がない場合は付記してもらってください

領収証

※領収印無きものは無効です
※雑税除明細表となります
再発行はしませんので大切に保管して下さい

患者番号	氏名	性別	年齢
入・外	発行日	保険者番号	負担割合
外米	令和3年10月5日	133298	本・家
初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療
検査	画像診断	投薬	
注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置
手術	麻酔	放射線治療	
病理診断			
文書料	容器代	予防接種	予約検診
保険外8	保険外9	保険外10	保険外11
3,000			
保険外12	保険外13	保険外14	保険外15
(内税)			
		222	
合計	負担額	保険外負担	
		3,000	
前回未収金	請求金額	今回未収金	領収金額
	3,000		3,000

インフルエンザ

予防接種

診療明細書

外米

診療科目	診療内容	診療日	診療時間	診療回数	診療料	診療料
		3.10.5		1		3000
診療外負担	※【予防接種】インフルエンザ大人(皮下注)					
	以下、余白					

※ 予防接種 接種済証 では申請できません

※ 申請は世帯単位でお願いします。

令和3年度インフルエンザ予防接種費用補助申請書

全国建設工事業国民健康保険組合

理事長 殿

令和 年 月 日

組合員 住 所

氏 名

連絡先電話番号

※日中連絡がとれる番号をご記入ください。

インフルエンザ予防接種費用の補助金を申請します。

保険証記号番号		93-				
	接種者氏名	生年月日	医療機関名	接種年月日	支払った金額	
1		S H 年 月 日 R		R 年 月 日	円	
2		S H 年 月 日 R		R 年 月 日	円	
3		S H 年 月 日 R		R 年 月 日	円	
4		S H 年 月 日 R		R 年 月 日	円	
5		S H 年 月 日 R		R 年 月 日	円	

振込先金融機関を記入してください。

		銀行 信用金庫 労働金庫			農協 信用組合			本店 支店 出張所	
金融機関コード					支店コード				
1.普通 2.当座		口座番号							
口座名義人		(フリガナ)							

※ 振込先は必ず組合員名義のものを記入してください。

※ 振込先は正確に記入してください。間違いがある場合、振込できませんのでご注意ください。