

※ 申請は世帯単位でお願いします。

令和7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。

12歳以下の方で2回接種
した場合はそれぞれ記入し
てください

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 R 年 月 日		R 年 月 日	円
				R 年 月 日	円
2		S H R 年 月 日		R 年 月 日	円
				R 年 月 日	円
3		S H R 年 月 日		R 年 月 日	円
				R 年 月 日	円
4		S H R 年 月 日		R 年 月 日	円
				R 年 月 日	円
5		S H R 年 月 日		R 年 月 日	円
				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。