インフルエンザ予防接種費用補助のご案内

令和7年度(<u>令和7年4月1日以降に接種したもの</u>)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, 5 0 0 円を限度に実費を補助 (年度内一回) ※12 歳以下の方が 2 回接種した場合は 5, 0 0 0 円が限度
- 3. 申請期限 令和8年1月20日(火)
- 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。

〈申 請 ・お問い合わせ先〉

建設国保 石川県支部

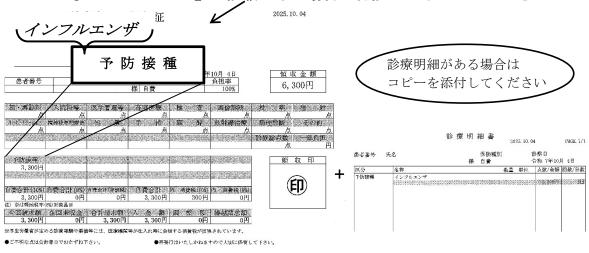
〒920-0041 金沢市長田本町ホ8 TEL: 076 - 233 - 1021

※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



- ※ 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-	-				\	T			
	接種者氏名		生年	月日		医療機関名		接種生	下月 日		支払った金額
1		S	左	П	п		R	年	月	目	円
1		H R	年	月	目		R	年	月	目	円
2		S H R	年	月	日		R	年	月	日	円
							R	年	月	目	円
2		S	年月	П	日		R	年	月	日	円
3		H R		月			R	年	月	目	円
		S	左	П	П		R	年	月	目	円
4		H 年 R	4-	月	目		R	年	月	目	円
_	1	S	/ :		日		R	年	月	目	円
5		H R	年	月			R	年	月	目	円

振込先金融機関を記入してください。

	銀行 農協 信用金庫 信用組合 労働金庫		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。