20__ __年度

インフルエンザ予防接種 助成金支給申請書

○ インフルエンザ予防接種期間 ：10月1日～1月31日
○ 助成金申請の受付締切り ：2月28日(必着)
○ 助成金 = 1回2,000円(年度内一人2回まで)

被保険者証 記号・番号	被保険者氏名	続柄	接種日 (回数)	窓口負担金額(円)
80－			年 月 日 (回目)	
			年 月 日 (回目)	
			年 月 日 (回目)	
			年 月 日 (回目)	
			年 月 日 (回目)	

上記のとおり、インフルエンザ予防接種を受けたので、助成金を申請します。

年 月 日

〒 電話 ( )

世帯主 (組合員) 住 所

氏 名

東京自転車商国民健康保険組合 理事長 殿

送金指定先金融機関	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合								支店	
	種類	普通 当座 貯蓄	口座番号								
	フリガナ										
	口座名義人 (組合員)										

※予防接種を受けた方のお名前、インフルエンザ予防接種代であること、医療機関名、領収日が明記された領収書(原本)を必ず添付してください。

※申請欄は組合員の氏名を、送金指定先金融機関は組合員の口座情報をご記入ください。

※提出された領収書(原本)は返却いたしません。他の用途(税額控除等)で原本を使用される場合は、当組合の助成との併用はできませんのでご注意ください。

※【送付先】〒101-0021
東京都千代田区外神田2-2-2 小久江ビル2階

組合処理欄

理事長	副理事長	常務・局長	―	担当者	決定日	令和 年 月 日
					合計 支給金額	円