

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月末日(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)	
80-			年 月 日 (回目)	
80-			年 月 日 (回目)	
80-			年 月 日 (回目)	
80-			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 住所
(組合員)

氏 名 印

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や接種日、医療機関名等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