

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)	
			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 ()

住 所
組合員
氏 名

東京自転車商国民健康保険組合 理事長 殿

送金指定	金融機関名	信用金庫 銀行・信用組合 農協	支店
金融機関	預金種別	普通 当座 貯蓄	口座番号
(組合員 名義口座)	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。

※申請書は組合員ごとに必要です。組合員氏名は保険証で確認いただけます。

※提出された領収書(原本)は返却いたしません。また、他の用途(税額控除等)で原本を使用された場合は、当組合への助成申請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