

※申請者は太枠内をご記入ください。

() 圖 地域組合

地域組合)

氏名	生年月日	インフルエンザ予防接種日	費用	市町村等の助成	添付書類
	(昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日生	令和 年 月 日	円	有 ・ 無	「インフルエンザ」もしくは 「フルミスト」や「経鼻」の 明記がある領収書を添付して ください。 *領収書に「インフルエンザ」もしくは 「フルミスト」や「経鼻」の明記がない 場合は、以下①もしくは②でご対応 ください。 ①明細書を追加で添付 ②領収書の空白に「インフルエンザ」も しくは「フルミスト」や「経鼻」と記入 *明細書のみでの添付は不可 *領収書等のコピー可
	(昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日生	令和 年 月 日	円	有 ・ 無	
	(昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日生	令和 年 月 日	円	有 ・ 無	
	(昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日生	令和 年 月 日	円	有 ・ 無	
	(昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日生	令和 年 月 日	円	有 ・ 無	

予 防 接 種 を 受 け た 方

(インフルエンザの予防接種は支給対象です)

地域建築組合長

坂井幸之助


 吳昌碩印

に委任いたします。

和 年 月 日

氏名

理事長	常務理事	事務局長	主務者	支給総額	支出年月日	受付印
					年 月 日	

記入例

インフルエンザ予防接種助成金申請書

赤字・赤字:申請者
緑字:地域組合
青字:国保組合

※申請者は太枠内をご記入ください。

被保険者番号	富 建	氏名	生年月日	インフルエンザ予防接種日	費用	市町村等の助成	添付書類
●●●●●●●●	●●●●●●●●	(昭和・平成・令和)	令和●●年●●月●●日生	令和●●年●●月●●日	X, XXX 円	有	「インフルエンザ」もしくは「フルミスト」や「経鼻」の明記がある領収書を添付してください。
●●●●●●●●	▲▲●●●●●●	(昭和・平成・令和)	令和●●年●●月●●日生	令和●●年●●月●●日	X, XXX 円	有	※領収書に「インフルエンザ」もしくは「フルミスト」や「経鼻」の明記がない場合は、以下①もしくは②でご対応ください。
●●●●●●●●	○○●●●●●●	(昭和・平成・令和)	令和●●年●●月●●日生	令和●●年●●月●●日	X, XXX 円	有	①明細書を追加で添付 ②領収書の空白に「インフルエンザ」もしくは「フルミスト」や「経鼻」と記入 ※明細書のみは添付は不可 ※領収書等のコピー可
●●●●●●●●	□□●●●●●●	(昭和・平成・令和)	令和●●年●●月●●日生	令和●●年●●月●●日	XXX 円	有	

子供など2回法で接種された場合

「費用」欄：実際に支払われた金額をご記入ください。

※県や市町村の助成などがあった場合は、助成分を差し引いた金額をご記入ください。(自己負担のみ記入)

※「とみいくデジタルポイント」でお支払いされた場合(「とみいくデジタルポイント」は県の助成です。)

・全額を「とみいくデジタルポイント」を使われた場合：助成の対象外(自己負担がないため)

・自己負担の一部を「とみいくデジタルポイント」を使われた場合：自己負担分を上限2,000円まで建設国保が助成

例) 病院の接種料金が3,500円で、県や市町村の助成で3,000円がある場合

・病院の接種金額 : 3,500円

・県や市町村の助成 : 3,000円

・病院で実際に支払った金額 : 500円 ←この金額(領収書の金額)を記入する

なお、支給金の受領方を

地域建築組合長

に委任いたします。

添付書類を確認し添付いたしましたので、申請いたします。

令和●●年●●月●●日

申請者

(組合員)

住所 ●●●●市●●●●町●●●●番地

氏名 ●●●●●●●●

申請者の押印は不要

理事長	常務理事	事務局長	主務者	支給総額	支出年月日	受付印
				円	年 月 日	