

(様式25号)

令和 年 月 日 支給

支 部 長 印	
------------------	--

費 用 額	支 給 額
円	円

担当者

## インフルエンザ予防接種助成金支給申請書

被保険者証 記号・番号	宮建	接種者	氏名		昭平令	年	月	日生(	歳)
			氏名		昭平令	年	月	日生(	歳)
接種年月日		種類	接種費用額		接種費用合計額				
令和 年 月 日		1回目・2回目	円		円				
令和 年 月 日		1回目・2回目	円						

振込金融機関 <small>(組合員様名義の口座)</small>	銀行名	銀行 信金 信組 農協 労金 その他	支店名	本店	預金の種類	普通・当座・貯蓄
			支店	口座番号		

※ 組合員様名義の口座へ振り込むことになります。(ご家族の方や、事業所名義は対象外です。)

申請に必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収証 (原本)</li> <li>・予防接種済証 (明細書の写し又は母子手帳の写し)</li> </ul> <p>※ 領収証は、医療機関名・費用額・接種者名・「インフルエンザ予防接種」と記載されていること。</p> <p>※ 領収証の宛名は受診者個人名であること。(会社名、会社名+個人名は不可)</p>
----------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

郵便番号

電話番号

組合員

住 所

フリガナ

氏 名

㊞

(申請先) 宮城県建設業国民健康保険組合理事長

注意:助成額は、1申請(1世帯合計)2,000円以上を対象とし、費用の5割を助成します。

(検診費申請分・新型コロナウイルス予防接種申請分と合算可)

ただし、インフルエンザ予防接種に対し、市町村の助成がある場合は、市町村の助成後の残額を対象とします。