

記入例

理事長
を決定し、
支払いを命ず
る
本件の事務

理事	事務局長	事務局長	業務	係	支 部	入 力
平成	年	月	日	決裁	支払	

65歳以上の方および60～65歳の方で一定の疾患を持つ方を対象とした定期予防接種等をいいます。

インフルエンザ予防接種補助金申請書

様式第40号(数字はすべて左づめでご記入ください。*)は、記入しないでください。)

被保険者証記号番号 25000000	組合員氏名 建設 太郎	生 年 月 日 明治・大正 昭和・平成 ○ × △	他制度からの補助 *支給決定額
接種を受けた方の氏名	接種を受けた医療機関の名称	費用額	
建設 太郎	○×クリニック	4,800円	有・無
建設 花子	○×クリニック	4,800円	有・無
建設 一郎	○×クリニック	3,000円 2,500円	有・無
建設 三男	○×病院	1,500円	有・無
年 月 日	年 月 日		有・無

※赤字の部分を記入してください。

上記のとおり申請いたします。
平成 △△年 ××月 ○○日

組合員 住所 氏名 電話
建設太郎 建設太郎 (○×)△△××-□×○△

被保険者 建設太郎

銀行振込
銀行 〇× 信組 〇× 信託 〇× 農協 〇×
口座振込をカクカナで記入してください、ケ

預金種別
1 2 3 4 5 6 7
1 2 3 4 5 6 7

(注) 補助金は直接本部より口座に振り込みます。

捺印してください。

記載事項の誤りがあると振り込みできませんので正確に記入してください。

《申請をするときの注意》

1. 申請には『インフルエンザ補助金申請書』と『領収書のコピー（接種を受けた方・金額・内容の明らかなもの）』が必要です。
2. インフルエンザ予防接種補助は、被保険者（組合員と家族）二人につき年度4,000円までの実費が支給されます。（年度の区切りは4月から翌年3月まで）
3. 必ず所属の支部へ提出して手続きをしてください。
4. 提出してから振込みまで1ヶ月～2ヶ月かかる場合があります。