

記入例

理事長	役員	事務局長	係	受付

インフルエンザ予防接種

記号番号を記入（事業所ごとで申請する場合は事業主の記号番号）

（事業所ごと又は組合員の世帯ごとによりて申請）

被 保 険 者 証 記 号 番 号	012345000
-------------------	-----------

予 防 接 種 を 受けた者の氏名	予 防 接 種 を 受 け た 日	予 防 接 種 に 要 した 費 用	申 請 金 額 (1人上限1,500円)
食品 太郎	令和 4 年 11 月 10 日	4,000 円	1,500 円
食品 花子	令和 4 年 11 月 15 日	4,000 円	1,500 円
食品 二郎	令和 4 年 11 月 15 日	4,000 円	1,500 円
		円	円
		円	円

予防接種を受けた方の内容を記入
※2回接種した場合でも、補助は1回分のみとなります。
※65歳以上の方は対象外です。

上記のとおり予防接種に要した費用の領収書を添えて申請いたします。

提出日 令和 4 年 11 月 20 日

組合員 住 所 静岡市葵区常磐町1丁目4-11

氏 名 食品 太郎

印 (シャチハタ印は不可)

連絡先 TEL 054-253-4533

静岡市食品国民健康保険組合理事長 殿

振 込 先	銀行等	○ × 銀 行	本・支店名	本 店	店番	0	0	1
	種 別	普 通	口座番号	0123456				
	口 座 名 義	フリガナ 氏 名	ショクビン タロウ 食 品 太 郎					

振込先は、組合員本人名義の口座に限ります。

計

4,500

円

※補助対象者は、静岡市食品国保組合の加入者で接種日に65歳未満の方です。

※口座名義は、組合員本人名義の口座をご記入ください。

※「予防接種を受けた方のお名前」と「インフルエンザ予防接種代」であることが明記された領収書の原本（コピー不可）を添付してください。領収書の返却は原則行いませんのでご了承ください。

※接種期間は、当該年度10月1日から1月31日、申請期限は2月末日（必着）です。