

理事長	役員	事務局長	係	受付

インフルエンザ予防接種補助金申請書

(事業所ごと又は組合員の世帯ごとにまとめて申請)

被保険者証記号番号	
-----------	--

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)
	令和 年 月 日	円	円
	令和 年 月 日	円	円
	令和 年 月 日	円	円
	令和 年 月 日	円	円
	令和 年 月 日	円	円

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 年 月 日

組合員 住 所

氏 名 印 (シャチハタ印は不可)

連絡先TEL

静岡市食品国民健康保険組合理事長 殿

振 込 先	銀行等		本・支店名	店	店番	
	種 別	普通・当座	口座番号			
	口 座 名 義	フリガナ 氏 名				

申請金額の合計	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。