

支給決定命令					債 主	記号番号	職	資 格	取 得	
専務理事	常務理事	事務長	係 長	担当者		組合員名			喪 失	
					支給金額			保 險 料	月分迄 収納済	
起 案					摘 要		円	給付記録		
決 裁										

インフルエンザ予防接種助成金申請書

被保険者証 の記号番号	職	医療機関名 (1)		(2)	
W補助 券利用	被保険者名	生 年 月 日	接 種 日	窓口負担金額 (円)	助成金額 (円) (組合記入欄)
○		S H 年 月 日	年 月 日	円	円
○		S H 年 月 日	年 月 日	円	円
○		S H 年 月 日	年 月 日	円	円
○		S H 年 月 日	年 月 日	円	円
○		S H 年 月 日	年 月 日	円	円

※太線の中だけ記入ください

※領収書（インフルエンザ予防接種と分かるもので、接種者氏名が記載されたもの）を添付してください。
※W補助券をご使用の場合は「W補助券利用欄」に○を付し、補助券を添付してください。

所 属 支 部 長 の 副 申	上記の申請を適正と認めます。 平成 年 月 日 支部長	⑩
--------------------	-----------------------------------	---

上記のとおり別紙証拠書類を添えて支給方を申請します。 平成 年 月 日	
組 合 員 住 所	〒
氏 名	⑩
京都府建設業職別連合国民健康保険組合 理事長 様	

振込希望銀行名	銀 行 信用金庫	普 通 店 当 座
※出来るだけ京都銀行でお願いします		
フリガナ	口 座 番 号	
預金口座名義		

同 意 書	上記口座への振込みについて、私は組合員として同意いたします。 組合員氏名	⑩
※振込み先が組合員名義の場合、署名・捺印は不要です。		