

## 申請前にご確認ください！

- チェック欄☑で全て該当することを確認のうえ、提出してください。  
(記入漏れ・誤りがあった場合、書類を返却、再提出いただきます。)

- 保険証で記号・番号、申請資格等があることを確認し、申請内訳に記載しました。
- 領収書(コピー可)を添付しました。(「診療明細書」、「接種済証」は領収書になりません。)
- 領収書には、**接種者の氏名(フルネーム)**の記載があります。  
(複数人が1枚の領収書のため接種者、金額等内訳を記載してあります。)
- 領収書には、**インフルエンザ予防接種代**の記載があります。  
(診療明細書に上記記載がありましたので領収書と診療明細書を提出します。)
- 組合直営施設(厚生中央病院、中部健康管理センター、関西健康管理センター)の領収書ではありません。  
(直営施設では支払時に補助額を差し引いた金額でお支払いいただいております。)
- 補助額は1人につき2,000円が補助上限であることを理解のうえ申請しました。  
(ただし、※2の方に対しては、1回の補助額は上限2,000円、1人につき2回まで補助します。)

### ○ 領収書の貼り方

申請書の余白部分(申請内訳欄下部)に、左右がはみ出さないように貼ってください。

複数の領収書を貼る場合は、それぞれの領収書の内容が確認できるように糊付けしてください。  
(領収書のおもて面に糊が付かないようご注意ください。)

A4サイズの領収書は申請書には貼らず、申請書の後ろにホチキスで左上1点止めしてください。

申請書に貼り切れない場合は、申請書の後ろにホチキスで左上1点止めしてください。

### ○ 送付先

↓切りとって、宛名としてご利用ください。

〒102-8564  
東京都千代田区平河町1-5-9

全国土木建築国民健康保険組合  
インフルエンザ予防接種担当 行

### 【連絡先】

全国土木建築国民健康保険組合  
保健事業部 事業課  
電話:03-6850-1177 (保健事業部)

領収書は下の余白部分に貼ってください。(申請書の裏面に)

【ゆうちょ銀行を振込先に指定される方へ】  
通帳、キャッシュカードに記載されている  
記号番号では振り込むことができません。  
必ず通帳で振込用の店名・口座番号を確認し  
ご記入ください。

令和5年度(令和5年9月1日～令和6年2月29

インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書

○ 申請者兼補助金振込先 (組合員本人に限ります。)

家族名義の口座は  
指定できません。

年 月 日 提出

被保険者 記号番号	71 - ○○○○ - ××××	組合員氏名 (口座名義人)	(フリガナ) マルマル サンカクサンカク ○○ △△
連絡先 住所	〒 XXX - XXXX 東京都目黒区三田△-△-△		
連絡先 電話番号	03 - ○○○○ - ××××		
組合員 勤務先名	八重洲建設株式会社	勤務先所属部署 電話番号	03 - ○○○○ - △△△△
金融機関名(※1)	支店名	預金種類	口座番号 (右づめでご記入ください。)
(フリガナ) ゼンコクドボク	(フリガナ) ナカメグロ	1 普通	0 1 2 3 4 5 6
全国土木	中目黒 支店 (出張所)		
金融機関 コード	支店 コード	※1 「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、通帳を確認のうえ、 金融機関名に「ゆうちょ」、支店名に「店名(漢数字3桁)」、 「口座番号(7桁)」を記入してください。	

○ 申請内訳 (組

当てはまるものに○を付けてください。

いない家族は補助対象になりません。

予防接種代として  
あなたが支払った金額

区分	接種者氏名	性別	生年月日	接種日		支払金額	組合処理欄
				2回目申請が可能な方は 平成23年4月1日(※2)以後生まれの方 ※2 (令和4年度接種分は平成22年4月1日) 令和3年度接種分は平成21年4月1日)			
1 組合員	○○ △△	1男 2女	55年10月1日	1回目 令和5年10月3日	5昭 7平	3,500円	組合処理欄は記入しないでください。
2 家族	○○ □□	1男 2女	55年12月22日	1回目 令和5年11月1日	5昭 7平	2,500円	
2 家族	○○ ××	1男 2女	23年3月3日	1回目 令和5年11月30日	5昭 7平	3,000円	
2 家族	○○ △□	1男 2女	25年5月5日	1回目 令和5年11月1日	5昭 7平	3,000円	
2 家族		1男 2女	年 月 日	1回目 令和 年 月 日	5昭 7平	円	
2 家族		1男 2女	年 月 日	1回目 令和 年 月 日	5昭 7平	円	

申請内訳の1行目(区分:1 組合員)は組合員専用欄です。

組合員の接種分を申請しない場合は、1行目は空欄のままご提出ください。(ご家族の接種分は2行目からご記入ください。)

性別(1男・2女)、生年月日の元号(5昭・7平・9令)には、必ず○をつけてください。

令和5年度以前接種分もこの申請書でご申請ください。

申請期間は予防接種料金を支払った日の翌日から2年間です。(組合必着)

領収書貼付欄

領収書は下の余白部分に貼ってください。(申請書の裏面に領収書を貼らないでください。)

令和5年度(令和5年9月1日～令和6年2月29日)接種分  
インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書 (組合員申請)

○ 申請者兼補助金振込先 (組合員本人に限ります。) 年 月 日 提出

被保険者 記号番号	71 - -	組合員氏名 (口座名義人)	(フリガナ)	
連絡先 住所	〒 -			
連絡先 電話番号	(平日の日中必ず連絡の取れる電話番号を記入してください。)			
組合員 勤務先名		勤務先所属部署 電話番号		
金融機関名(※1)		支店名	預金種類	口座番号 (右づめでご記入ください。)
(フリガナ)		(フリガナ)		
銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫		支店 (出張所)	1 普通	
金融機関 コード		支店 コード		

※1 「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、通帳を確認のうえ、金融機関名に「ゆうちょ」、支店名に「店名(漢数字3桁)」、「口座番号(7桁)」を記入してください。

○ 申請内訳 (組合員の家族であっても、当組合に加入していない家族は補助対象になりません。)

区分	接種者氏名	性別	生年月日	接種日		支払金額	組合処理欄
				1回目	2回目		
1 組合員		1男	5昭	年 月 日	令和 年 月 日	円	
		2女	7平				
2 家族		1男	5昭	年 月 日	令和 年 月 日	円	
		2女	7平				
		9令					
2 家族		1男	5昭	年 月 日	令和 年 月 日	円	
		2女	7平				
		9令					
2 家族		1男	5昭	年 月 日	令和 年 月 日	円	
		2女	7平				
		9令					
2 家族		1男	5昭	年 月 日	令和 年 月 日	円	
		2女	7平				
		9令					

申請内訳の1行目(区分:1 組合員)は組合員専用欄です。  
組合員の接種分を申請しない場合は、1行目は空欄のままご提出ください。(ご家族の接種分は2行目からご記入ください。)  
性別(1男・2女)、生年月日の元号(5昭・7平・9令)には、必ず○をつけてください。  
令和5年度以前接種分もこの申請書でご申請ください。

領 収 書 貼 付 欄

申請期間は予防接種料金を支払った日の翌日から2年間です。(組合必着)