

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)

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

【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。

○ 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 - ○○○○ - ×××× (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	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
(フリガナ) ゼンコクドボク	(フリガナ) ナカメグロ		口座番号 (右づめでご記入ください。)
全国土木	銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫	中目黒 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)

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	5昭 7平	1回目 令和5年10月3日	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	5昭 7平 9令	1回目 令和5年11月1日 2回目 令和 年 月 日	2,500円	
2 家族	○○ ××	1男 2女	23年3月3日	5昭 7平 9令	1回目 令和5年11月30日 2回目 令和 年 月 日	3,000円	
2 家族	○○ △□	1男 2女	25年5月5日	5昭 7平 9令	1回目 令和5年11月1日 2回目 令和5年11月30日	3,000円	
2 家族		1男 2女	年 月 日	5昭 7平 9令	1回目 令和 年 月 日 2回目 令和 年 月 日	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