

「インフルエンザ予防接種補助金申請」受付開始のお知らせ

建設国保組合では、「インフルエンザ予防接種」を実施された被保険者の方々に対し、**1人当たり2,500円を限度**（年度1回）に実費補助をいたします。予防接種を受けた方は、下記の留意事項に基づき、令和元年10月～令和2年3月までの期間において、補助申請書を提出されますようお知らせいたします。（年度内「平成31年4月1日～令和2年3月31日」予防接種分）

【留意事項】

- ① 世帯又は事業所で複数の方が接種した場合は、まとめて申請をしてください。
- ② 領収書（写し）を必ず添付してください。（見本参照）
※領収書には「インフルエンザ予防接種代」又は「肺炎球菌感染症予防接種代」と必ず記入されていること。
- ③ 経鼻インフルエンザワクチン（フルミスト）は補助対象外。

【見本】	領 収 書	令和元年10月1日
建設太郎 様	¥ 2,660円	建設国保クリニック 〇〇市1条1丁目1-1 Tel 011-200-0000
(但し インフルエンザ予防接種代として 正に領収いたしました)		



年度内に65歳と70歳になる方は「肺炎球菌感染症予防接種」の補助を受けられます。詳しくは支部・出張所（所属）にお問合せください。

令和元年度 健康診査補助金交付申請書

（インフルエンザ・肺炎球菌感染症 予防接種）



事業所名	
------	--

	被保険者証記号番号 93-01	接種者氏名	組合員・家族	年齢	生 年 月 日	支払った接種料
1			組・家		年 月 日	円
2			組・家		年 月 日	円
3			組・家		年 月 日	円
4			組・家		年 月 日	円
5			組・家		年 月 日	円

振込み口座	金融機関コード		支店コード	
	銀行・農協・漁協 信用金庫・信用組合 労働金庫・ゆうちょ			本店 支店 出張所
	預金種目	1.普通 ・ 2.当座	口座番号	
	口座名義人		(カタカナで記入)	

上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日

申請代表者氏名・捺印 _____ ⑤ 連絡先電話番号 _____

==== 詳しくは支部・出張所（所属）にお問合せください。 ====