

インフルエンザ予防接種助成金支給申請書

神奈川県建設連合国民健康保険組合理事長 殿

下記の通り申請いたします。

記号	番号	組合員氏名
36		

接種者氏名	接種日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日

- ① 自己負担が発生した接種に対し、1人につき年度内1回(4月1日～翌年3月末日)支給します。

小学生以下: **4,000円** 中学生以上: **2,000円**

- ② 接種した医療機関発行の**領収書**(コピー可)を添付して提出してください。
※氏名の記載がない領収書には氏名の記入をお願いします。
- ③ 登録いただいているゆうちょ銀行口座に振り込みます。
- ④ 接種日から2年を超えると時効となり支給はできません。

ご不明な点は 給付課(045-453-9661)までお問い合わせください。

国保記入欄	支 給 日	確 認	入 力	国保受付
	支 給 金 額			
	,000円			