

決 裁	事務局長	係	入力済	年度	決定年月日
					決定額

インフルエンザ予防接種に関する助成金交付申請書

被保険者記号番号		香組4							
接種を受けた被保険者氏名	生年月日	接種を受けた病院(機関)	接種回数	接種を受けた年月日	支払額				
	昭平令 年 月 日		1回 2回	年 月 日 年 月 日					
	昭平令 年 月 日		1回 2回	年 月 日 年 月 日					
	昭平令 年 月 日		1回 2回	年 月 日 年 月 日					
	昭平令 年 月 日		1回 2回	年 月 日 年 月 日					

上記のとおり、要した費用の領収書等を添えて交付申請をします。

令和 年 月 日

組合員住所

組合名氏名 印

電話番号(日中連絡のとれるもの)

香川県建設国民健康保険組合理事長 殿

助成金支払指図	助成金の支払方法 (番号を○で囲んでください。)		1 給付金等振込指定口座への振込 2 別途振込 3 支部窓口払		(組合員名義以外の口座への振込を希望する場合は、この委任欄に記入してください。) 委任欄 この申請に基づく助成金の受領を下記受任者へ委任します。 令和 年 月 日 組合員住所 氏名 印 受任者住所 氏名 印 香川県建設国民健康保険組合理事長 殿	
	口座名義 (カタカナで、左詰で記入してください。姓と名の間は1字空けてください。)					
	別途振込の場合	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号 (右詰で記入してください。)		
			百十四銀行			本店支店出張所
	銀行	口座種目		口座番号 (右詰で記入してください。)		
普通・当座						

支部長氏名	印
-------	---