保健様式第３号－２　　受　付　印

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※回数等	接種を受けた年月日	支払額
	昭 平　年　月　日 令		１回 ２回 点鼻	年　月　日 年　月　日	
	昭 平　年　月　日 令		１回 ２回 点鼻	年　月　日 年　月　日	
	昭 平　年　月　日 令		１回 ２回 点鼻	年　月　日 年　月　日	
	昭 平　年　月　日 令		１回 ２回 点鼻	年　月　日 年　月　日	

※接種１回あたりの助成金の上限額は、2,000 円。ただし、点鼻ワクチンの場合の上限額は、4,000 円。

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

別途振込の場合

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。）

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。）

銀行	百十四　銀行	本店 支店 出張所	店番
	口座種目	口座番号（右詰で記入してください。）	
	普通　・　当座		

（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

支部長氏名　　印