# インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

【注意】支給は年度内（4月1日から翌年3月31日）1人1回です。
補助金対象は接種日時点で、東京土建国保組合の被保険者（組合員・家族）となります。

東京土建国民健康保険組合　理事長　殿

下記のとおり申請します。支給される補助金は、先に届け出たゆうちょ銀行総合口座に振り込んでください。

1）組合員本人の記号・番号、氏名、生年月日を記入してください。

| 記号 | 91− | 番号 | | 組合員 氏名 | | 組合員 生年月日 | 年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

2）今回申請する接種者の氏名・医療機関名・接種日を記入してください。
同居の家族でも組合員として当国保組合に加入している場合は別々に申請してください。

| | 氏名（東京土建国保に加入している組合員・家族のみ） | 医療機関名 | 接種日 | 支給区分 支 | 支給区分 不 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 年　月　日 | | | |
| | | | 年　月　日 | | | |
| | | | 年　月　日 | | | |
| | | | 年　月　日 | | | |
| | | | 年　月　日 | | | |
| | | | | 人 | 人 | |

**注意事項**

① 毎月25日までに当国保組合に到着した申請を翌月の21日（休日の場合は翌営業日）に振り込みます。申請書は所属の支部へ提出してください。
② この補助金は、東京土建国保組合の被保険者（組合員・家族）を対象としています。
③ **自己負担が発生した接種（経鼻接種含む）について、年度内（4月1日～翌年3月31日）に1人1回、一律2,000円を支給します（2回法で接種された場合も補助は1回分です）。**
④ 上記太枠内を記入のうえ、❶または❷を添付してください。
❶宛名が接種した被保険者の『領収書』（コピー不可）※原本の返却が必要な場合は所属の支部へ申し出てください。
❷接種したことのわかる書類『接種済証明書』や『母子手帳』など（コピー可）
※❶、❷いずれも、接種者、医療機関名、接種日がわかるものを添付してください。
⑤ 接種した日の翌日から2年を経過すると時効となり、補助金の支給が受けられません。
⑥ 支給基準は利用年度の規程が適用されます。

※ 組合員本人が死亡し、法定相続人または組合員の遺言により指定された方が申請する場合、
下記に記入の上、組合員との関係が分かる書類（戸籍謄本・遺言書の写し等）を添付してください。

組合員死亡に伴い、私が申請したインフルエンザ予防接種補助金の受取に関する責任は、相続人代表である私が負いますので、貴国民健康保険組合に対して一切ご迷惑をおかけしません。

東京土建国民健康保険組合　理事長殿

| 申請日 | 年　月　日 |
|---|---|

| 相続人代表者氏名（受取人） | | 被相続人との関係 | |
|---|---|---|---|
| 住所 | 〒　—　電話　（　） | | |
| 振込先 口座名義（カナ） | | | |
| 振込先 ゆうちょ口座番号 | 記号　番号 | | |
| 振込先 銀行等口座番号 | 銀行 信用金庫 農協 信用組合 漁協 労働金庫　支店　普通 当座 貯蓄　口座番号 | | |

| 受付 | 支部 | 国保組合 |
|---|---|---|
| | | |

| 国保記入欄 | 支給決定額 | 処理 | 入力 | 確認 |
|---|---|---|---|---|
| | ，０００円 | | | |

2025.11改訂