

【R8年度】インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

全国建設工事業国民健康保険組合 新潟県支部長 殿

以下の通りインフルエンザの予防接種を受けたので、領収書(写し)を添えて申請します。



※本枠の中を記入してください。

（注意事項）補助金の支払いは銀行振込となります。支給までに2〜3ヶ月かかる場合がございます。

被保険者 記号番号		申請組合員氏名		申請日							
9	3	-	1	5	-			令和	年	月	日
事業所名		日中の連絡先電話番号		()		-					

接種者氏名	生年月日	年齢	他補助金の有無	支払額	申請額 2,500円限度(又は 5,000円限度)	補助金決定額 (記入不要)
	S・H・R 年 月 日		有・無	円	円	円
	S・H・R 年 月 日		有・無	円	円	円
	S・H・R 年 月 日		有・無	円	円	円
	S・H・R 年 月 日		有・無	円	円	円
	S・H・R 年 月 日		有・無	円	円	円

以下の口座に振り込み願います。

補助金合計額 円

振込先 金融機関 (申請組合員の口座を 記載してください)	金融機関コード		支店コード	
	銀行名			
	銀行・信用金庫・()		本店・支店・()	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	右づめでご記入ください
	フリガナ		口座名義	

【補助金の概要】 *市区町村等から補助を受けられる場合は、そちらが優先され、その補助を受けてもなお実費が生じる場合は申請できます。

- 対象者 全国建設工事業国民健康保険組合の被保険者
- 補助額 1人あたり上限 2,500円
※(12歳以下の方が2回接種した場合は、5,000円限度に実費補助)
- 添付書類 領収書の写し(各自1枚必要)
※ 領収書には「インフルエンザ予防接種代」と必ず記入されていること。
- 申請回数 年度内に1回まで ※世帯ごとにまとめて申請
- 申請期日 令和8年10月1日から令和9年3月31日必着



【見本】 領収書 令和8年10月1日

・ 建設太郎 様

¥ 〇,〇〇〇円

建設国保クリニック
〇〇市1丁目 1-1
TEL 025-200-0000

(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。)

詳しくは建設国保ホームページをご覧ください。(<https://www.kensetsukokuho.or.jp/>)

～ ご不明な点等がございましたら、下記にお問い合わせください。～
新潟県支部 TEL:0258-34-0231 FAX:0258-36-8681

口座登録	振込日