

<取扱注意事項>

※今年度より、補助金の支払いは、原則：銀行振込とさせていただきますので、ご了承ください。

インフルエンザ 予防接種補助金交付申請書(12歳以下拡充)

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。

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

接種者氏名	生年月日	年齢	組合員 家族別	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		組・家	円	円	
	S H R 年 月 日		組・家	円	円	
	S H R 年 月 日		組・家	円	円	
	S H R 年 月 日		組・家	円	円	
	S H R 年 月 日		組・家	円	円	
					補助金合計額	

必ずご記入下さい

1. 以下の口座に振り込み願います。

振込先 金融機関 (申請者の口座を 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】

1. 対象者 全国建設工事業国民健康保険組合の被保険者

2. 補助額 1人あたり上限 2,500円

(2023年より拡充) ※ (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)

3. 申請回数 年度内に1回まで

4. 申請開始日 10月1日より受付開始(令和7年3月まで)



～ 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